

Medizinische Fakultät  
der  
Universität Duisburg-Essen

Aus dem  
St. Marien-Hospital Eickel  
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

***Der Stellenwert psychoanalytisch-interaktioneller Gruppentherapie in der  
ambulanten Versorgung alkoholabhängiger Patienten – Eine quasi-  
randomisierte Studie unter klinischen Routinebedingungen***

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

zur

Erlangung des Doktorgrades der Naturwissenschaften in der Medizin

durch die Medizinische Fakultät

der Universität Duisburg-Essen

Vorgelegt von

Meike Tenbergen

geboren in Wesel

2013

Dekan: Herr Univ.-Prof. Dr med. J. Buer

1.Gutachter: Herr Prof. Dr. med. N. Scherbaum

2.Gutachter: Herr Prof. Dr. med. M. Schäfer

3. Gutachter: Frau Univ.-Prof. Dr. phil. A. Utermann, Essen

Tag der mündlichen Prüfung: 3. Juni 2014

# Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	1
1.1 Alkoholbezogene Störungen – Definition und Epidemiologie.....	3
1.1.1 Diagnosekriterien.....	3
1.1.2 Prävalenz und Folgen von Alkoholabhängigkeit.....	6
1.1.3 Behandlungsphasen.....	7
1.2 Suchttherapie .....	8
1.2.1 Aktuelle Forschungslage.....	8
1.2.1.1 Kognitive Verhaltenstherapie.....	8
1.2.1.2 Psychodynamisch orientierte Therapie .....	8
1.2.1.3 Gruppentherapie.....	9
1.2.1.4 Pharmakotherapie.....	10
1.2.1.5 Vergleichsstudien.....	11
1.2.2 Effektivität.....	17
1.2.2.1 Haltekraft.....	17
1.2.2.2 Rückfalldaten.....	19
1.2.3 Stellenwert ambulanter Therapien in der Rückfallprophylaxe.....	23
1.3 Fragestellung.....	24
2 Material und Methoden.....	26
2.1 Stichprobe und Untersuchungsablauf.....	26
2.1.1 Stichprobenbeschreibung.....	27
2.1.2 Medikation.....	29
2.1.3 Ablauf der Gruppentherapien.....	29
2.1.3.1 Alkoholismusspezifische Psychotherapie (ASP).....	29
2.1.3.2 Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie (PIT).....	32
2.2 Datenerhebung und Instrumente.....	34

2.2.1 Datenauswertung.....	35
3 Ergebnisse.....	36
3.1 Haltekraft.....	36
3.2 Rückfall.....	37
3.3 Einfluss der pharmakotherapeutischen Rückfallprophylaxe.....	38
4 Diskussion.....	41
4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	41
4.1.1 Einordnung in die aktuelle Studienlage.....	42
4.1.1.1 Haltekraft.....	42
4.1.1.2 Rückfall .....	43
4.1.1.3 Medikation.....	45
4.2 Interpretation und Ausblick.....	46
4.2.1 Methodische Einschränkungen.....	46
4.2.2 Bewertung der Studienergebnisse.....	48
5 Zusammenfassung.....	52
6 Literaturverzeichnis.....	53
Danksagung.....	66
Lebenslauf.....	67

# 1 Einleitung

Alkohol ist in unserer westlichen Kultur das am weitesten verbreitete Suchtmittel. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. titelt in ihrer Pressemitteilung zum Jahrbuch Sucht 2013 „Alkohol in Deutschland: Unterschätzt, verharmlost und ... außergewöhnlich schädlich!“ (DHS, Pressemitteilung, 2013). Der Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung von Mai 2011 spricht von 9,5 Mio Menschen in Deutschland, die einen gesundheitlich riskanten Alkoholkonsum betreiben (Die Drogenbeauftragte der Bundesrepublik, 2011). Von diesen gelten 1,3 Mio. als abhängig, 2 Mio. konsumieren missbräuchlich (eine diagnostische Differenzierung erfolgt in Kap. 1.1).

Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol gilt demnach als die dritthäufigste Einzeldiagnose aller Hauptdiagnosen der Krankenhausstatistik des Jahres 2008. Weltweit ist dies mit immensen gesundheitlichen und sozio-ökonomischen Kosten verbunden (z.B. Feuerlein, 2005; Ceatano, 2000; Marschall et al., 2009).

In den letzten Jahrzehnten sind eine Reihe von Therapieverfahren sowohl im pharmako- als auch im psychotherapeutischen Bereich entwickelt und in randomisierten, kontrollierten Therapiestudien (RCT), sowie Metaanalysen auf ihre Wirksamkeit einzeln oder in Kombination überprüft worden (ein Überblick der aktuellen Studienlage erfolgt in Kapitel 1.2). Die externe Validität von RCT-Studien ist wegen enger Ein- und Ausschlusskriterien entsprechend kritisch zu beurteilen.

Aufgrund des häufig chronischen Verlaufs der Alkoholabhängigkeit haben neben der Akutbehandlung vor allem stationäre und ambulante Langzeitbe-

handlungen einen hohen Stellenwert in der Rückfallprophylaxe erlangt (s. Kapitel 1.3).

Unter den psychotherapeutischen Verfahren ist hier die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) wissenschaftlich gut untersucht (Evidenzbasierung Ia). Die tiefenpsychologisch fundierten und psychoanalytischen Verfahren sind im Bereich der Suchtforschung weniger evaluiert (Evidenzstufen zwischen Ib und IV), obwohl sie in der klinischen Routineversorgung weiterhin (erfolgreich) angewendet werden (vgl. Bottlender et al., 2006; Schmidt et al., 2008; Wiesbeck, 2009). Bei Reymann (2002) findet sich die Schlussfolgerung „Einige Studien und klinische Erfahrung weisen daraufhin, dass außerhalb von Trinkphasen psychodynamische Therapie bei bestimmten Patienten einen der kognitiv behavioralen Behandlung vergleichbaren abstinenzhaltenden Effekt haben kann“ (S.188). Im selben Heft bemängelt Rist (2002) in seinem Beitrag zum Thema der Evidenzbasierung und Forschungsperspektiven, dass evidenzbasierte KVT in der deutschen Routinebehandlung Alkoholabhängiger nicht in ausreichendem Maße eingesetzt wird, da diese Verfahren mit der „Denktradition der Suchthilfesysteme generell schlecht vereinbar“ sind (S.180).

Welchen Stellenwert hat also die tiefenpsychologische Behandlung für die Versorgung von alkoholabhängigen Patienten in der Praxis?

Die vorliegende Arbeit möchte zur Beantwortung dieser Frage einen Beitrag leisten. Im Rahmen einer prospektiven, randomisierten Studie wird die ambulante klinische Routineversorgung alkoholabhängiger Patienten einer psychiatrischen Klinik in Deutschland hinsichtlich ihrer rückfallprophylaktischen Wirksamkeit evaluiert. Das untersuchte Therapieangebot verknüpft dabei nachweislich wirksame

medikamentöse Behandlungsstrategien mit einer verhaltenstherapeutischen oder aber tiefenpsychologisch orientierten Gruppentherapie von sechs Monaten Dauer (Darstellung in Kapitel 2). Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf dem Vergleich der Haltekraft sowie der Rückfallrate (Kapitel 3). Abschließend soll die Frage nach dem Stellenwert tiefenpsychologisch fundierter Therapie in der Behandlung Alkoholabhängiger vor dem Hintergrund der Ergebnisse diskutiert werden (Kapitel 4).

## **1.1 Alkoholbezogene Störungen – Definition und Epidemiologie**

### **1.1.1 Diagnosekriterien**

Zur Diagnostik alkoholbezogener psychischer Störungen werden die bekannten Klassifikationssysteme der Weltgesundheitsorganisation (WHO), das ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Auflage, deutsche Übersetzung nach Dillinger et al., 1994) sowie das DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, 4. Auflage, deutsche Übersetzung von Saß et al., 1996) der American Psychiatric Association (APA) genutzt. Alkoholbezogene Störungen werden heute differenziert in „schädlichen Gebrauch bzw. Missbrauch“ und „Abhängigkeit“.

Das Einschlusskriterium in unsere Studie war eine diagnostizierte Alkoholabhängigkeit, die entsprechenden Diagnosekriterien haben daher für die vorliegende Arbeit Relevanz und sollen im Folgenden näher erläutert werden. Auf die übrigen im ICD-10 unter Kapitel F10 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ bzw. im DSM-IV „Substanzinduzierte Störungen“ beschriebenen Diagnosen soll hier nicht weiter eingegangen werden.

Im ICD-10 wird unter „schädlichem Gebrauch von Alkohol“ ein Konsummuster beschrieben, das verantwortlich ist für die Schädigung der psychischen und/oder

physischen Gesundheit, einschließlich der eingeschränkten Urteilsfähigkeit oder des gestörten Verhaltens, das zu Behinderung oder negativen Konsequenzen in zwischenmenschlichen Beziehungen führen kann. Weiterhin muss das Konsummuster seit mindesten einem Monat oder wiederholt in den letzten 12 Monaten aufgetreten sein.

Das DSM-IV versteht unter „Alkoholmissbrauch“ ein Konsummuster, das sich innerhalb eines 12-Monatszeitraumes in wiederholten und deutlich nachteiligen Konsequenzen infolge des Alkoholgebrauchs manifestiert.

Nach dem ICD-10 umfasst das „Abhängigkeitssyndrom“ eine Gruppe von behavioralen, kognitiven und physischen Phänomenen, die sich als Folge von wiederholtem Konsum entwickeln und einhergehen mit einem starken Wunsch, Alkohol zu konsumieren, einer verminderten Kontrolle über Beginn, Beendigung und Menge des Konsums, anhaltendem Konsum trotz schädlicher Folgen sowie Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Verpflichtungen zugunsten des Alkoholkonsums. Auf körperlicher Ebene zeigen sich Toleranzentwicklung und ggf. Entzugssymptome. Für die Diagnosestellung müssen mindestens drei der sechs in Tabelle 1.1 angegebenen Kriterien über mindestens einen Monat oder innerhalb von 12 Monaten wiederholt gemeinsam aufgetreten sein.

Im DSM-IV werden für die Diagnose einer „Alkoholabhängigkeit“ parallel eine Reihe kognitiver, verhaltensbezogener und körperlicher Symptome beschrieben, von denen mindesten drei der sieben Kriterien in Tabelle 1.1 zu irgendeiner Zeit innerhalb von 12 Monaten erfüllt sein müssen. Im Fokus steht auch hier ein fortgesetzter Konsum trotz massiver alkoholbezogener Probleme für den Betroffenen. Alkoholabhängigkeit wird im DSM-IV mit oder ohne körperliche Abhängigkeit (Toleranzentwicklung und Entzugssymptome) diagnostiziert.



An dieser Stelle soll kurz darauf hingewiesen werden, dass bei der Entwicklung des DSM-V die Unterscheidung zwischen Missbrauch und Abhängigkeit aufgegeben wurde. Entsprechend wurde jedoch eine diagnostische Differenzierung zwischen einer Substanzgebrauchsstörung mit moderater oder schwerer Ausprägung eingeführt (Rumpf & Kiefer, 2011; American Psychiatric Association, 2013).

*Tabelle 1.1: Gegenüberstellung der Diagnosekriterien der Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 und DSM-IV*

<b>ICD-10</b>	<b>DSM-IV</b>
1. Ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren	1. Toleranzentwicklung
2. Verminderte Kontrollfähigkeit über Beginn, Beendigung und Menge des Konsums	2. Entzugssymptome
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums	3. Alkohol wird häufig in großen Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen
4. Toleranzentwicklung	4. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Alkoholgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren
5. Einengung auf den Alkohol, Aufgabe und Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Konsums, erhöhter Zeitaufwand, um den Alkohol zu konsumieren oder sich von den Folgen des Konsums zu erholen	5. Viel Zeit für Aktivitäten, um Alkohol zu beschaffen, zu sich zu nehmen oder sich von den Wirkungen zu erholen
6. Anhaltender Alkoholkonsum trotz eindeutiger nachweisbarer schädlicher Folgen durch exzessives Trinken	6. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Alkoholmissbrauchs eingeschränkt oder aufgegeben.
	7. Fortgesetzter Missbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Alkoholmissbrauch verursacht oder verstärkt wurde

### 1.1.2 Prävalenz und Folgen von Alkoholabhängigkeit

Alkoholabhängigkeit gilt als eine der häufigsten psychischen Störungen. Die 12-Monats-Prävalenz liegt bei 2,4% für die erwachsene deutsche Gesamtbevölkerung (18-64 Jahre; Männer: 3,4%, Frauen 1,4%) (Pabst & Kraus, 2008), die Lifetime-Prävalenz bei 8,5% (Männer: 14,4%, Frauen 2,6%) (Jacobi et al., 2004). Für risikanten und missbräuchlichen Konsum liegt die 12-Monats-Prävalenz sogar bei 21,1% (Pabst et al., 2010).

Eine Alkoholabhängigkeit geht dabei auch mit dem Risiko einer komorbiden psychischen Erkrankung einher. Jacobi et al. (2004) berichten, dass 23,3% der alkoholabhängigen Patienten im Laufe ihres Lebens mindestens eine weitere psychische Störung entwickeln, 14,4% sogar mindestens drei oder mehr weitere Diagnosen erfüllen. Driessen & Hill (1998) fanden in ihrer Studie bei 57,6% der alkoholabhängigen Patienten mindestens eine weitere Lebenszeitdiagnose auf der Achse I oder II im damaligen DSM-III-R. Bei den komorbiden psychiatrischen Diagnosen gibt es unterschiedliche Angaben, die meist in Abhängigkeit von methodischen Unterschieden der Erhebung entstehen. Am häufigsten sind jedoch Depression (39%; 28-54%; 20-73%), Angststörungen (14,5%; 36-61%; 1-69%) und Persönlichkeitsstörung (9%; 33%; 14-53% für Borderline Persönlichkeitsstörung) (vgl. Marschall et al., 2009; Überblick bei Nitzgen, 2012 und Lindenmeyer, 1999).

Aufgrund hoher Rückfallraten gilt Alkoholismus als chronische, rezidivierende Erkrankung mit enormen sozio-ökonomischen Kosten, gesundheitlichen Folgeschäden und einer erhöhten Mortalität (z.B. Feuerlein, 2005; Ceatano, 2000; Marschall et al., 2009; Statistisches Bundesamt, 2012; Adams & Effertz, 2011; John & Hanke, 2002).

Der Entwicklung und Implementierung langfristig erfolgreicher Therapie- und vor allem auch Rückfallprophylaxe-Ansätzen kommt daher neben Präventionsstrategien eine enorme Bedeutung zu.

### **1.1.3 Behandlungsphasen**

In Deutschland werden vier Therapiephasen mit unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkten differenziert. In der Kontaktphase kommt es zur Kontaktaufnahme mit einem Arzt oder einer Beratungsstelle, das Trinkverhalten wird als Problem definiert.

Die Entzugsphase fokussiert die körperliche Entgiftung und findet in somatischen oder psychiatrischen Krankenhäusern statt. Dieser überlegen ist der so genannte Qualifizierte Entzug, der zusätzlich die Motivationsförderung zur Inanspruchnahme weiterer Therapieangebote zum Ziel hat und etwa 21 Tage dauert. In einer Studie von Loeber et al. (2009) konnte diese Überlegenheit gezeigt werden: 76,8% der Patienten hatten zwei Monate nach einer körperlichen Entgiftung einen Rückfall, 44,3% nach einer qualifizierten Entzugsbehandlung.

Es folgt die abstinenzorientierte Entwöhnungsphase über einen Zeitraum von mehreren Wochen bis Monaten in einer stationären oder ambulanten Facheinrichtung mit multimodalem Therapieangebot.

Die Nachsorge- oder Rehabilitationsphase soll der langfristigen Sicherung des Therapieerfolges im Alltag dienen und beinhaltet eine ambulante Nachbetreuung durch Suchtambulanzen, Beratungsstellen oder Therapeuten sowie nach Möglichkeit den Besuch einer Selbsthilfegruppe.

## **1.2 Suchttherapie**

In zahlreichen Studien und Metaanalysen wurde in den letzten Jahren die Wirksamkeit verschiedener therapeutischer Interventionen einzeln oder in ihrer Kombination nachgewiesen.

### **1.2.1 Aktuelle Forschungslage**

#### **1.2.1.1 Kognitive Verhaltenstherapie**

Insgesamt zeigt sich eine Überlegenheit solcher Interventionen, die auf dem Ansatz behavioraler Prinzipien sowie der kognitiven Verhaltenstherapie beruhen. Im Vordergrund stehen hier funktionale Bedingungsanalysen und aufrechterhaltende Faktoren der Sucht. Interventionen richten sich auf Selbstkontrolltechniken, Stressbewältigung, Reizkontrolle, Reizexposition, Emotionskontrolle sowie Rückfallphrophylaxe (für einen Überblick s. Loeber & Kiefer, 2008; Loeber & Mann, 2006).

Als evidenzbasierte Behandlungen mit einem Evidenzgrad von Ia für Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit gelten demnach Motivationssteigerungsansätze, kognitiv-verhaltenstherapeutisches Bewältigungstraining, soziales Kompetenztraining, Paar- und Familientherapie, das gemeindenahe Verstärkermodell und die Reizexposition. Die nachgewiesene Wirksamkeit motivierender Strategien hat sich in Deutschland im Rahmen des Qualifizierten Entzugs durchgesetzt (Mann & Stetter, 2002; Loeber et al., 2009).

#### **1.2.1.2 Psychodynamisch orientierte Therapie**

Nach psychoanalytischem Verständnis entsteht Sucht auf dem Boden von Entwicklungspathologie, Konfliktpathologie oder Traumatisierung. Schwerer Alkoholismus ist meistens Folge von Entwicklungsdefiziten mit ungenügender Ausbildung von

Ich-Funktionen. Häufig ist der Suchtpatient auf die ständige Anwesenheit eines regulierenden (z.B. beruhigenden oder stimulierenden) Objekts (Suchtstoff) angewiesen. Psychoanalytische Therapieverfahren fokussieren daher Ich-Strukturelle Defizite, wie beispielsweise mangelnde Affektregulationsfähigkeiten, welche den Umgang mit vor allem aversiven Emotionen erschweren. In der Folge werden Suchtmittel im Sinne eines apersonalen Ersatzobjekts konsumiert. Interventionen haben das Ziel der Nachreifung, Verbesserung der Ich-Struktur, Affektdifferenzierung und -tolerierung (ausführlich in Bilitza, 2009).

Die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie (PIT) entstand als moderne Weiterentwicklung der Psychoanalyse, insbesondere für Patienten mit vorwiegend strukturellen Störungen, zu denen oft auch Suchtpatienten zählen (Heigel-Evers & Ott, 2002). Der Mangel an Wirksamkeitsnachweisen ist nach Reymann (2002) mitbegründet in der schweren Operationalisierbarkeit psychoanalytischer Zielvariablen. Psychodynamisch orientierte Therapien sind daher in der Suchtforschung unterrepräsentiert.

### **1.2.1.3 Gruppentherapie**

Sowohl kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen als auch psychodynamische Therapien werden in der Praxis im Einzel- und Gruppensetting angewendet. Die Gruppentherapie erreicht dabei zumeist ähnliche Wirksamkeit wie die Einzeltherapie. Vor allem im Hinblick auf Kosten-Nutzen-Analysen genießen gruppentherapeutische Angebote daher zunehmend Ansehen, wobei bisher keine ausreichende Anzahl an klinischen Studien in diesem Bereich vorliegt (vgl. dazu Marques & Formigoni, 2001; Weiss et al., 2004; Magill & Ray, 2009; Kim et al., 2012; Nitzgen, 2012).

Weiss et al. (2004) heben in der Diskussion ihrer Untersuchung drei Ergebnismuster hervor, nämlich dass spezifische Gruppentherapie die Wirksamkeit von *treatment-as-usual* Interventionen erhöhen kann, es keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Einzel- und Gruppentherapie hinsichtlich ihrer Effektivität gibt, und dass keine klare Überlegenheit eines bestimmten Gruppentherapie-Ansatzes zu finden ist (S. 347).

#### **1.2.1.4 Pharmakotherapie**

Während in der Entgiftungsphase pharmakotherapeutische Interventionen vor allem der Reduktion körperlicher Entzugssymptome und damit der Verhinderung lebensbedrohlicher Zustände wie Krampfanfällen oder Delir dienen, besteht im weiteren Verlauf der qualifizierten Entzugsbehandlung und der ambulanten Nachsorge die Möglichkeit einer medikamentösen Rückfallprophylaxe (z.B. Mutschler & Kiefer, 2011; Wiesbeck, 2009; Mann, 2004).

In Deutschland waren bis 2011 drei so genannte Anticraving-Substanzen für die Rückfallprophylaxe der Alkoholabhängigkeit zugelassen: Acamprosat, Naltrexon und Disulfiram. Seit 2011 wird Disulfiram in Deutschland nicht mehr produziert und vertrieben. Dies hat wirtschaftliche, keine medizinischen Gründe. Es kann alternativ aus dem Ausland bezogen werden. Die Kostenerstattung durch die gesetzliche Krankenkasse ist dabei jedoch nicht gesichert (DHS, 2011b). Mutschler & Kiefer (2011) berichten in ihrer Übersichtsarbeit von Effekstärken im niedrigen Bereich (um  $d=0,2$ ) für Acamprosat und Naltrexon. Disulfiram zeigt unter therapeutischer Aufsicht gute rückfallprophylaktische Ergebnisse (z.B. Diehl et al., 2010; Chick et al., 1992). Da Disulfiram jedoch mit potentiell lebensbedrohlichen Nebenwirkungen einhergeht, ist eine leitliniengerechte Behandlung nur im Rahmen spezifischer Behandlungsprogramme indiziert.

Die Kombination der Medikamente hat in Studien bisher widersprüchliche Ergebnisse erzielt (vgl. Mutschler & Kiefer, 2011). Um die Responserate für die pharmakotherapeutische Behandlung zu erhöhen, werden aktuell neurobiologische und pharmakogenetische Marker in Anlehnung an verschiedene Craving-Typen untersucht, um die jeweiligen Medikamente passgenau und individuell einsetzen zu können (z.B. PREDICT-Studie, Mann et al., 2009).

#### **1.2.1.5 Vergleichsstudien**

In einigen methodisch gut geplanten und groß angelegten Therapiestudien ging es in den letzten Jahren um die Frage nach der Überlegenheit bestimmter psycho- und pharmakotherapeutischer Ansätze, sowie deren Kombination (vgl. Tab.1.2).

Die Studienlage zu psychoanalytisch orientierten Interventionen im Suchtbereich ist dünn. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Geyer et al., 2006) weist in der aktuellen S2-Leitlinie zur Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen auf Arbeiten hin, welche keine Unterschiede in der Wirksamkeit psychodynamisch-interaktioneller Interventionen und Verhaltenstherapie im Suchtbereich berichten (z.B. Kunzke et al., 2002; Andréasson & Öjehagen, 2003). Zwei Studien zeigen eine Überlegenheit der interaktionellen Therapie für weniger schwer abhängige Patienten im Vergleich mit KVT (Kadden et al., 2001; Sandahl et al., 1998). Eine weitere Pilot-Studie ergibt Hinweise auf die Wirksamkeit der PIT bei alkoholabhängigen Patienten mit komorbiden psychischen Erkrankungen, jedoch durch eine geringe Stichprobengröße und fehlende Vergleichsgruppe mit entsprechenden methodischen Einschränkungen (Malat et al., 2008).

Das Projekt MATCH (Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity) wurde initiiert, um die Passung zwischen verschiedenen Typen alkoholabhängiger Patienten und bestimmten Therapieangeboten zu untersuchen. Es gab zwei Therapiearme, einen mit 952 ambulanten Patienten, und einen weiteren mit 774 Patienten, die nach einem dreimonatigen Klinikaufenthalt an dem untersuchten ambulanten Nachsorgeangebot teilnahmen. Es fand eine randomisierte Zuweisung der Patienten zu drei verschiedenen manualisierten 12-wöchigen Therapieverfahren im Einzelsetting statt, nämlich der kognitiv orientierten Verhaltenstherapie, dem an das Vorgehen der Anonymen Alkoholiker angelehnten 12-Stufen-Programm und der Motivationsfördernden Therapie. Alle drei untersuchten Therapiemethoden erzielten über beide Gruppen hinweg vergleichbar positive Ergebnisse mit leichtem Vorteil für die kognitive Therapie und das 12-Stufen-Programm im rein ambulanten Arm. Diese Ergebnisse werden von den Autoren dahingehend interpretiert, dass jede der drei angewendeten Therapien für die Mehrzahl der alkoholabhängigen Patienten Wirksamkeit zeigt, im Sinne von Abstinenz oder einer Reduktion des Konsums und seiner Konsequenzen (Project Match Research Group, 1997, 1998a, 1998b; vgl. auch Barbor, 2000).

Aus dem Project MATCH und seinen drei überprüften Therapieansätzen entwickelte Miller (2004) die *Combined Behavioral Intervention* (CBI). Diese stellt eine Kombination aus kognitiver Verhaltenstherapie, motivierender Gesprächsführung und dem 12-Stufen-Programm dar. Die deutsche Adaption der CBI ist die von Brueck & Mann (2006) publizierte Alkoholismusspezifische Psychotherapie (ASP). Die Kombination aus CBI und Medikamentengabe wurde in der Multicenter-Studie Project COMBINE (Anton et al., 2006) untersucht. In die COMBINE-Studie wurden 1383 Patienten eingeschlossen, die eine ambulante Behandlung über 16 Wochen erhielten. Es gab vier pharmakotherapeutische Bedingungen (Placebo, Naltrexon, Acamprosat



und Naltrexon plus Acamprosat) die im Rahmen von *Medical Management* gegeben wurden, worunter kurze, strukturierte psychoedukative Interventionen zur Erhöhung der Medikamentencompliance und Abstinenzmotivation verstanden werden. Jede Medikationsbedingung wurde allein oder mit CBI kombiniert durchgeführt, als neunte Gruppe gab es eine reine CBI Gruppe ohne *Medical Management*. Die Ergebnisse zeigen zunächst einmal eine Reduktion des Konsums für alle Gruppen. Es ergibt sich eine Überlegenheit von *Medical Management* jeweils in Kombination mit Naltrexon, CBI plus Placebo und Naltrexon plus CBI gegenüber den anderen Bedingungen. So zeigt CBI allein ein schwächeres Ergebnis bezogen auf die trinkfreien Tage. Nach einem Jahr sind diese Unterschiede lediglich als Trend weiter sichtbar. Die Studie zeigt, dass schon Kurzkontakte in Kombination mit der Einnahme von Naltrexon Wirksamkeit aufweisen, und dieses Vorgehen vor allem in der Erstversorgung gut umsetzbar wäre.

Das PREDICT Research Team (Mann et al., 2009, 2012) replizierte den Versuchsaufbau der COMBINE-Studie in Deutschland. Die Randomisierung der 426 alkoholabhängigen Patienten erfolgte im Anschluss an einen stationären Entzug. Über 12 Wochen fand eine Pharmakotherapie mit Acamprosat, Naltrexon oder Placebo in Kombination mit *Medical Management* statt, dieses wurde anschließend noch 6 Monate lang fortgesetzt. Während der 12-wöchigen Behandlungsphase waren 49,3% der Patienten abstinent, es ergeben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede. Das Ergebnis der COMBINE-Studie, welche einen leichten Vorteil für die Behandlung mit Naltrexon ergab, konnte daher nicht repliziert werden. Es wird unter anderem ein positiver Nebeneffekt der vorausgegangenen stationären Behandlung in der PREDICT-Studie diskutiert. Weiterhin ergeben sich deutliche Hinweise darauf, dass Pati-

enten *Medical Management* subjektiv als hilfreich bei der Erreichung der Abstinenz erleben (Frick et al., 2011).

Im Rahmen von PREDICT soll auch mittels neurobiologischer und psychometrischer Messungen überprüft werden, ob bestimmte Craving-Typen (s. dazu Glöckner-Rist et al., 2013) von Acamprosat oder Naltrexon besser profitieren. Zudem wurden alle rückfälligen Patienten re-randomisiert und erhielten zu der pharmakotherapeutischen Behandlung und *Medical Management* zusätzlich Einzelpsychotherapie (siehe dazu Berner et al., 2008). Dies soll der Evaluation der Alkoholismusspezifischen Psychotherapie (ASP) als deutsche Version der CBI dienen. Zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit waren die entsprechenden Ergebnisse des PREDICT Research Teams noch nicht abschließend veröffentlicht.

In Anlehnung an das Project MATCH entstand in Großbritannien auch die UKATT -Untersuchung (United Kingdom Alcoholism Treatment Trail). In dieser Studie wird die Passung zwischen der Motivationsfördernden Therapie oder der Sozialen Verhaltens- und Netzwerktherapie und verschiedenen Patiententypen untersucht. Die Effektivität beider Interventionen unterscheidet sich dabei nicht hinsichtlich konsumspezifischer Ergebnisvariablen (UKATT, 2005).

Die Autoren der deutschen OLITA-Studie (Outpatient Long-term Intensive Therapy for Alcoholics; Ehrenreich et al., 1997) betonen die Chronifizierung bei Alkoholabhängigkeit und kritisieren, dass die häufig untersuchten evidenzbasierten Kurzinterventionen, wie beispielsweise die Motivierende Gesprächsführung und das 12-Stufen-Programm, zwar für Patienten mit missbräuchlichem und riskantem Konsum mittlere Effektstärken zeigen, jedoch ihre Effektivität für abhängige Patienten nur bedingt nachgewiesen sei (Krampe et al., 2007). Sie plädieren dafür, die Alkoholabhängigkeit als chronische Erkrankung ernst zu nehmen und entsprechend weitrei-

chende und langfristige Behandlungsmöglichkeiten anzubieten. Darüber hinaus kritisieren sie, dass lediglich Alkoholabstinenz als Therapieziel und entsprechend als Erfolgsprädiktor gelten sollte.

Im Rahmen der OLITA-Studie wurde ein Langzeittherapieprogramm von 2 Jahren Dauer entwickelt, welches mit einer stationären Entzugsbehandlung und der Einnahme von Disulfiram beginnt. Die ambulante Therapie beinhaltet zunächst tägliche Einzelgespräche (dabei interdisziplinäre Therapeutenrotation), Einbezug der Angehörigen und regelmäßige Abstinenzkontrollen. Ab dem dritten Monat finden Einzelgespräche noch dreimal wöchentlich statt, ab dem sechsten Monat zweimal wöchentlich. Ab dem 12. Monat finden für ein Jahr gruppentherapeutische Gespräche statt, bei Bedarf auch Einzelgespräche. Disulfiram wird ab dem 13. Monat abgesetzt. Dieser Therapieansatz erzielt hohe Abstinenzraten über einen langen Katamnesezeitraum (50% bei der 9-Jahres-Katamnese; Krampe et al., 2007).

Tabelle 1.2: Übersicht Vergleichsstudien

Autor	Intervention	Stichprobe (N)	Therapiedauer	Ergebnis
<b>MATCH</b> (Projekt Match Research Group 1997, 1998a, 1998b)	3 Interventionen: KVT, 12-Schritte-Programm oder Motivationsfördernde Therapie	Ambulant: 925; ambulante Nachsorge nach stationärer Vorbehandlung: 774	12 Wochen Einzelsetting	Vergleichbar positive Ergebnisse, leichter Vorteil für KVT und 12-Schritte-Programm im rein ambulanten Arm
<b>COMBINE</b> (Anton et al., 2006)	9 Interventionen: Medikamentöse Therapie + Medical Management (Placebo, Acamprosat, Naltrexon oder Acamprosat + Naltrexon) jeweils allein oder in Kombination mit CBI, CBI allein	1383	16 Wochen CBI im Einzelsetting	Konsumreduktion in allen Gruppen; leichte Vorteile für Naltrexon, CBI + Placebo und Naltrexon + CBI (jeweils mit Medical Management)
<b>PREDICT</b> (Mann et al., 2009, 2012)	3 Interventionen: Medikamentöse Therapie + Medical Management (Acamprosat, Naltrexon, Placebo)  Zusätzliche Re-Randomisierung aller rückfälligen Patienten, die dann in einer weiteren Studie Einzelpsychotherapie erhalten	426	12 Wochen	49,3% abstinent während der Behandlungsphase; keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen  —
<b>UKATT</b> (UKATT, 2005)	Motivationsfördernde Therapie, Soziale Verhaltens- & Netzwerktherapie	742	8-12 Wochen Einzelsetting	Konsumreduktion in beiden Gruppen
<b>OLITA</b> (Ehrenreich et al., 1997)	Stationäre Entzugsbehandlung + Disulfiram; tägliche ambulante Einzelkontakte (interdisziplinäre Therapeutenrotation); schrittweise Reduktion der Kontakte sowie der Medikation	30	24 Monate Einzel- und Gruppen-setting	60% der Patienten bleiben während der Behandlungszeit abstinent

### 1.2.2 Effektivität

Im Folgenden sollen aktuelle Studien hinsichtlich der Effektivität der untersuchten Interventionen dargestellt werden. Für die vorliegende Arbeit sind vor allem die Zielparameter Haltekraft und Rückfall von Bedeutung.

Da sich die Suchthilfesysteme und entsprechend auch die (finanzierten) Therapieangebote international stark unterscheiden, wird neben den oben beschriebenen bedeutsamen Therapievergleichsstudien ein Schwerpunkt auf die Ergebnisse von nationalen Untersuchungen gelegt. Vor allem auf solche, die den ineinander übergehenden Therapiephasen Entwöhnung und Nachsorge zuzuordnen sind, wie bspw. die stationären und ambulanten Entwöhnungsbehandlungen und Rehabilitation.

#### 1.2.2.1 Haltekraft

Unter Haltekraft oder Haltequote ist dabei der (prozentuale) Anteil derjenigen Patienten zu verstehen, die die angebotene Therapie regulär beenden, d.h. sie nicht vorzeitig abbrechen. Nicht als Abbruch gewertet wird dabei eine vorzeitige Beendigungen der Therapie aus anderen Gründen, z.B. Umzug (Drop-out). Parallel ist die Bezeichnung Beender (Completer) zu gebrauchen, die vor allem für *per protocol* Analysen (PP) bedeutsam ist. Davon unterscheiden sich *intention-to-treat* Analysen (ITT), in die alle Patienten einbezogen werden, welche die Behandlung begonnen haben.

Die Deutsche Suchthilfestatistik 2011 (Steppan et al., 2012) berichtet Haltequoten von 84,4% für die stationäre medizinische Rehabilitation von Suchterkrankten mit der Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 82,8 Tagen und 66% im ambulanten Bereich mit durchschnittlich 239,1 Tagen Behandlungsdauer.

In einer 12-monatigen hochstrukturierten und eklektischen ambulanten Behandlung von 103 alkoholabhängigen Patienten fanden Bottlender & Soyka (2005) eine Haltequote von 72%. Das untersuchte Therapieangebot umfasste eine intensive 12-wöchige Motivationsphase, gefolgt von einer sechs- bis neunmonatigen ambulanten Rehabilitationsphase mit wöchentlichen Einzeltherapiesitzungen und 12 Familiengesprächen während der gesamten Behandlungsphase. Zusätzlich fanden weitere (therapeutische) Gruppenangebote statt, sodass Patienten in der Regel zwei bis drei Angebote/Woche nutzten. Alle Angebote waren eklektisch und beinhalteten sowohl verhaltenstherapeutische als auch tiefenpsychologische Elemente und klientenzentrierte Gesprächstherapie.

Schmidt et al. (2008) führten über einen Zeitraum von drei Jahren eine quasi-experimentelle Beobachtungsstudie durch. In die Untersuchung wurden 290 alkoholabhängige Patienten eingeschlossen, die eine ambulante 12-monatige Entwöhnungsbehandlung (entspricht der hochstrukturierten Therapie bei Bottlender & Soyka, 2005), eine stationäre 8-wöchige Kurzzeittherapie oder eine stationäre 12-16-wöchige Langzeittherapie in Anspruch nahmen. Regulär beendet wurde die ambulante Therapie von 83,7%, die Kurzzeittherapie von 97,8% und die Langzeittherapie von 84,1% der Patienten.

Für das Project MATCH wird berichtet, dass durchschnittlich 65% der Therapieangebote durch die Patienten wahrgenommen wurden. Dies wird als gute Compliance gewertet (Project Match Research Group, 1998b).

Insgesamt zeigt sich eine hohe Haltekraft bei den dargestellten Therapieangeboten, was zunächst einmal auf eine gute Behandlungsqualität und Patientenzufriedenheit schließen lässt.

### 1.2.2.2 Rückfalldaten

Der Rückfallbegriff ist in der Suchtforschung sehr breit definiert. Dieser beinhaltet meist differenziertere Bewertungskriterien als lediglich die Kategorisierung in abstinenter und rückfällig (vgl. Körkel et al., 1995). Häufig werden auch *lapse* (Ausrutscher) und *relapse* (Rückfall) unterschieden. Dies erschwert teilweise die Vergleichbarkeit der verschiedenen Studien, obwohl die meisten ihre Effektivität über die erreichte (langfristige) Abstinenzrate definieren. Hier haben vor allem Katamnese-Untersuchungen Aussagekraft. Zielparameter ist dabei in einigen Studien auch die Anzahl der trinkfreien Tage oder die Tage bis zu einem Rückfall (so genannte Survival-Analysen). Zur besseren Vergleichbarkeit werden im folgenden Abschnitt Hinweise zur Rückfalldefinition gegeben. *Lapses*, also Trinkereignisse, die aus eigener Kraft gestoppt werden können, werden in der vorliegenden Studie nicht als Rückfall eingestuft, da die Aussicht auf eine langfristige Effektivität der Therapie dennoch bestehen bleibt (z.B. Lubenow & Köhler, 2002; Burtscheidt et al., 2001).

Die Rückfallrate nach körperlicher Entgiftung liegt bei 76,8% (Loeber et al., 2009). Für die ambulante Entwöhnungsbehandlung wird von Abstinenzraten zwischen kurzfristig 59% (6-Monats-Katamnese) und mittelfristig 39-53% (18-24-Monats-Katamnese) (Mundle et al., 2001; Soyka et al., 1997) berichtet.

Im Project MATCH wurde eine Verbesserung über alle Patienten hinweg erreicht. Der Anteil konsumfreier Tage lag während der 12-Monatskatmanese bei 85%, auch die Anzahl der alkoholischen Getränke/Monat sank von 25 auf 6, die der Getränke an einem Trinktag von 15 auf 3. Dauerhafte Abstinenz nach einem Jahr erreichten 20% der Patienten im rein ambulanten Setting und 35% der Patienten in der Nachsorgebedingung (Project Match Research Group, 1998b).

Die schwedische Forschungsgruppe um Sandahl et al. (1998) kritisiert, dass im Project MATCH lediglich verhaltenstherapeutisch orientierte Interventionen im Einzelsetting miteinander verglichen wurden und fokussiert in ihrer Studie die Effektivität von ambulanten Gruppentherapien über 15 Wochen. Sie vergleichen eine kognitiv-verhaltenstherapeutische mit einer analytisch orientierten Kurzzeit-Gruppentherapie für moderat alkoholabhängige Patienten. Im Anschluss an eine einwöchige klinische Entgiftung wurden 693 alkoholabhängige Patienten gescreent. Ausschlusskriterien waren schwere Hirnschädigung, akute Psychose oder hohe psychopathologische Ausprägung (gemessen mit der SCL-90), weite Anreise zur Klinik, schwere somatische Beschwerden, keine geäußerte Abstinenzmotivation, kognitive Schädigung sowie antisoziale Persönlichkeitsstörung. 62% der Patienten erfüllten die genannten Ausschlusskriterien, 38% wurde die Teilnahme an der Studienbehandlung angeboten. Letztendlich nahmen 59 Patienten teil, 56% davon weiblich. Es fanden 5 psychodynamisch orientierte Gruppentherapien (angelehnt an das Konzept der Gruppenanalyse nach Foulkes, 1964) mit insgesamt 25 Patienten statt. Diese wurden verglichen mit 5 kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppen mit insgesamt 24 Patienten. Die Autoren führten eine *per protocol* Analyse durch. Nach der Gruppentherapie erhöhte sich in der analytischen Gruppe die Anzahl der konsumfreien Tage innerhalb eines 90-Tage Zeitfensters von  $M=37$  auf  $M=78$  (Effektstärke=1,32). Dieses Ergebnis war auch in der Follow-up Erhebung nach 15 Monaten stabil ( $M=74$ ). In der KVT-Gruppe gab es eine Veränderung von  $M=38$  auf  $M=71$  abstinente Tage (Effektstärke=0,84) mit Verschlechterung nach 15 Monaten ( $M=54$ ). Hinsichtlich der Trinkmenge an Trinktagen unterschieden sich beide Gruppen nicht. Die Ergebnisse zeigen eine Überlegenheit der analytischen Therapie (15-Monats-Katamnese, Zwischen-Gruppen-Effekt: Effektstärke=0,64), wobei beide Therapieverfahren insgesamt



eine signifikante Verbesserung erzielen. Die Autoren interpretieren aufgrund der kleinen Stichprobe die Ergebnisse als Hinweis darauf, dass sich die Weiterentwicklung ambulanter psychoanalytisch orientierter Gruppentherapien für (moderat) alkoholabhängige Patienten lohnt und ihre Effektivität weiter überprüft werden muss.

Burtscheidt et al. (2001) verglichen in ihrer Studie zwei im Anschluss an eine stationäre Entzugsbehandlung angebotene ambulante Gruppentherapien (KVT und Coping Skills Training) von sechs Monaten Dauer miteinander und mit einer Standardtherapie, die lediglich supportive Gespräche umfasste. Die *intention-to-treat* Analyse zeigte eine signifikant höhere Abstinenzrate bei KVT im Vergleich mit der Standardtherapie, KVT und Coping Skills Training unterschieden sich nur tendenziell mit leichtem Vorteil für die KVT. In der KVT-Gruppe (n=31) waren im direkten Anschluss an die Therapie 41,9% abstinent, 22,6% galten als verbessert (*laps*), 29,5% hatten einen Alkoholrückfall, von 6,5% fehlten Informationen.

Anton et al. (2006) berichten im Rahmen der COMBINE-Studie eine Überlegenheit von *Medical Management* mit Naltrexon und/oder kombinierter verhaltenstherapeutischer Interventionen (CBI) plus Placebo gegenüber den anderen Therapieangeboten. Die prozentuale Rate der abstinenten Tage stieg von vorher durchschnittlich 25% in den letzten 30 Tagen für Naltrexon und Medical Management auf 80% während der Behandlung bzw. 68,1% nach einem Jahr, für CBI und Placebo plus Medical Management auf 79,8% bzw. 67,5%, für die Kombination aus Naltrexon, Medical Management und CBI auf 75,9% bzw. 66,0% und für CBI allein lediglich auf 66,6% bzw. 60,9%.

Die britische UKATT-Studie (UKATT Research Team, 2005) definiert die Effektivität der jeweiligen Interventionen ebenfalls anhand der Abstinenztage innerhalb eines drei-, bzw. 12-Monats-Zeitraumes. Die untersuchten Therapieformen

unterscheiden sich nicht, über beide hinweg ergibt sich eine Steigerung von 29,5% auf 42,7% bzw. 46%.

Die OLITA-Studie berichtet eine Abstinenzrate von 50% nach 12 Monaten (Ehrenreich et al., 2000; Krampe et al., 2007). 60% der Patienten hatten während der Therapie einen Rückfall, 30% davon *lapses*, wobei ein Rückfall nicht zum Ausschluss aus der Therapie führte. Die Autoren schließen daraus, dass sofortige Kriseninterventionen innerhalb des Behandlungsprogramms *relapses* verhindern können. Sie berichten von einem Langzeitabstinenzserfolg von 50% nach 9 Jahren, trotz weniger Ausschlusskriterien (sogenannte Negativ-Selektion) für ihr Behandlungsangebot (Krampe et al., 2007).

Ein überraschendes Ergebnis fanden Wölwer et al. (2011) in ihrer randomisierten, kontrollierten Multicenter-Studie, in der 371 Patienten im Anschluss an eine Entzugsbehandlung drei ambulanten Behandlungsarmen zugeordnet wurden: 1. Acamprosat plus supportive Beratung, 2. Integrative Verhaltenstherapie im Gruppensetting plus Placebo und 3. Integrative Verhaltenstherapie im Gruppensetting plus Acamprosat. Ausschlusskriterien waren unter anderem weitere Abhängigkeitserkrankungen und zusätzliche antidepressive Medikation. Patienten mit einem Rückfall wurden aus der weiteren Studienbehandlung ausgeschlossen (40,3%). Nach einer sechsmonatigen ambulanten Behandlungsphase lag die Erfolgsrate (Abstinenz oder deutliche Reduktion des Trinkverhaltens) in der ersten Gruppe (Acamprosat plus supportive Beratung) bei 37,7% und in der Gruppe Psychotherapie plus Placebo bei 48%. Es zeigte sich jedoch nicht die erwartete Überlegenheit der Kombinationstherapie mit Acamprosat und Psychotherapie (47,7%). Auch in der 6-Monats-Katamnese ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Autoren

merken an, dass sich die Acamprosat-Gruppen nur um 10% unterscheiden und dies zwar kein statistisch signifikanter, aber dennoch klinisch relevanter Unterschied sei.

### **1.2.3 Stellenwert ambulanter Therapien in der Rückfallprophylaxe**

In der Nachsorge alkoholabhängiger Patienten, welche im Anschluss an die Entwöhnungsphase folgt, spielen Selbsthilfegruppen eine bedeutsame Rolle. Auf ihren Stellenwert wird hier jedoch nicht weiter eingegangen. Studien zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in der Rückfallprophylaxe sind rar.

Die Vision von Kurz (2006) zu einer gemeindenahen Versorgung Alkoholabhängiger ist zwar aus dem österreichischen Suchthilfesystem entstanden, aber durchaus auf die Strukturen in Deutschland übertragbar. Er schreibt: „Die derzeitige Situation von Suchtkranken besteht im Pendeln zwischen akutmedizinischen/psychiatrischen stationären Einrichtungen bei Eskalation der Erkrankung und der a priori für einen Normalsterblichen wenig attraktiven Aussicht, 8 Wochen oder länger aus seinem Alltagsleben mit dem damit verbundenen Verlust von Autonomie und Intimsphäre gerissen und wohnortfern zu unbekannten „Therapien“ und Offenbarungen verpflichtet zu werden.“ (S. 95-96). Dies führt seiner Meinung nach zwangsläufig zu hohen Abbruchraten. Vor allem für Patienten, die das bisherige Suchthilfesystem aus diesen (oder anderen) Gründen nicht erreicht, könnte eine ambulante, abstinenzorientierte Therapie sinnvoll sein.

Studien liefern Hinweise darauf, dass ambulante Therapieangebote zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit für ausgewählte Patientengruppen ähnlich erfolgreich sind wie stationäre Maßnahmen (z.B. Mundle et al., 2001). Kurz (2006) weist darauf hin, dass der Sozialisationsgrad, die Schwere der Abhängigkeit sowie die Bedürfnisse spezifischer Subgruppen wie etwa erziehungspflichtiger Frauen, älterer

Menschen, Patienten mit einer komorbiden psychischen Erkrankung und chronisch mehrfachgeschädigter Patienten bei der Auswahl des Behandlungsangebotes mit berücksichtigt werden sollten. In Deutschland findet sich eine entsprechende Empfehlung bereits für die Indikation einer ambulanten Rehabilitation in der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen (DHS, 2001). In Anlehnung an das Motivationsmodell von Prochaska & DiClemente (1982) entwirft Kurz weiterhin eine durchlässige therapeutische Kette, die einen schnellen, auf die Bedürfnisse der Patienten angepassten Wechsel des Behandlungsangebotes zulässt. Hier muss vor allem eine stärkere interdisziplinäre Vernetzung einzelner Institutionen erfolgen.

Aber auch die Studienlage bezüglich ambulanter Psychotherapie als niedrigschwelligem Angebot in der Rückfallprophylaxe muss weiter verbessert werden. Für kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze wurde damit bereits begonnen. Es existiert jedoch keine Studie aus dem deutschsprachigen Raum, die die Wirksamkeit ambulanter psychoanalytisch orientierter Gruppentherapie für alkoholabhängige Patienten untersucht. Diese Lücke möchte die vorliegende Arbeit schließen.

### **1.3 Fragestellung**

Der Stellenwert der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie (PIT) soll dabei im Vergleich zum Goldstandard, der kognitiven Verhaltenstherapie (ASP), unter klinischen Routineversorgungsbedingungen untersucht werden. Die vorliegende Untersuchung entstand in einem naturalistischen Setting, sodass sowohl Patienten mit komorbiden Erkrankungen eingeschlossen wurden als auch solche, die eine medikamentöse Rückfallprophylaxe erhielten.

Die zentrale Untersuchungshypothese lautet dabei:

*Die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie ist in der ambulanten Gruppenbehandlung Alkoholabhängiger vergleichbar wirksam wie die Alkoholismus-spezifische Psychotherapie.*

Wirksamkeit wird dabei zunächst über die Haltekraft der beiden angebotenen Gruppentherapien während einer Behandlungsdauer von sechs Monaten operationalisiert. Der zweite Erfolgsprädiktor ist die Rückfallrate, wobei ein Abbruch der Therapie als Rückfall gewertet wird (konservative Schätzung).

Eine zusätzliche Analyse betrifft den möglichen Einfluss der medikamentösen (Mit-) Behandlung auf die Ergebnisse.

## **2 Material und Methoden**

### ***2.1 Stichprobe und Untersuchungsablauf***

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um die prospektive Analyse einer ambulanten klinischen Routinebehandlung im Zeitraum von Oktober 2007 bis Dezember 2011. Die Evaluation erfolgt anhand der im Rahmen einer Erfolgskontrolle erhobenen Daten sowie der Basisdokumentation. Alle Patienten wurden in einem persönlichen Vorgespräch über die Nutzung dieser Daten aufgeklärt und haben entsprechend schriftlich ihr Einverständnis gegeben.

Die Behandlung von alkoholabhängigen Patienten stellt auf den ausschließlich allgemeinspsychiatrischen Stationen des St. Marien-Hospitals in Eickel (NRW; Einwohner im Einzugsgebiet: ca.170.000) einen großen Bestandteil der klinischen Arbeit dar. Der Behandlungsablauf ist vergleichbar mit dem anderer psychiatrischer Einrichtungen in Deutschland. Alle alkoholkranken Patienten im Einzugsgebiet und darüber hinaus können aufgenommen werden. Es erfolgt eine stationäre qualifizierte Entwzugsbehandlung bestehend aus Entgiftung, Motivationsarbeit, Psychoedukation und ggf. dem Beginn einer pharmakotherapeutischen Behandlung zur Rückfallprophylaxe. Im Anschluss erfolgt wenn möglich die Teilnahme an der hier untersuchten ambulanten Behandlung, es sei denn eine ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlung ist beantragt. Zudem werden weitere komorbide psychische Erkrankungen behandelt. Alle Patienten nahmen zusätzlich zum Gruppenangebot alle vier bis sechs Wochen ein ambulantes Einzelgespräch in Anspruch.

Das hier untersuchte Therapieangebot kombiniert nachweislich wirksame rückfallprophylaktische Strategien in einem strukturierten Konzept:

- Medikamentöse Rückfallprophylaxe mit Disulfiram, Acamprosat oder Naltrexon.
- Ambulante Gruppenpsychotherapie nach zwei verschiedenen Methoden, die allen alkoholkranken Patienten unabhängig von der medikamentösen Behandlung oder komorbiden psychischen Erkrankungen offen steht.

Die Gruppentherapien, welche jeweils über einen Zeitraum von sechs Monaten wöchentlich durchgeführt werden, finden in Form der verhaltenstherapeutisch orientierten alkoholismusspezifischen Psychotherapie (ASP) und der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie (PIT) statt. Es wird vierteljährlich eine neue Gruppe angeboten, jeweils im Wechsel ASP oder PIT. In die Analyse wurden alle 215 Patienten eingeschlossen, die in dem vierjährigen Untersuchungszeitraum an einer der beiden angebotenen Gruppenpsychotherapien teilnahmen. Es fanden jeweils acht PIT und acht ASP-Gruppen statt.

### **2.1.1 Stichprobenbeschreibung**

Solchen Patienten, die im St. Marien-Hospital Eickel mit der Diagnose einer Alkoholabhängigkeit nach ICD-10: F10.2 (vgl. Kap.1.1) psychiatrisch behandelt werden, wird anschließend die Teilnahme an dem hier untersuchten Behandlungsangebot nahegelegt. Die Zuweisung der Patienten zu den jeweiligen Psychotherapiegruppen erfolgt quasi-randomisiert nach dem zeitlichen Eintreffen in der Ambulanz, meist unmittelbar im Anschluss an die stationäre Entzugsbehandlung. Ausschlusskriterium ist lediglich eine ausgeprägte hirnorganische Veränderung, so dass auch Patienten mit komorbiden psychischen Störungen eingeschlossen werden (vgl. Tab. 2.1). Dies erhöht die ökologische Validität in der vorliegenden Studie, da 70,7% der abhängigkeiterkrankten Patienten in unserer Stichprobe eine psychia-

trisch relevante komorbide Störung, also mindestens eine weitere F-Diagnose laut ICD-10 aufweisen (17,2% multimorbide, d.h. mehr als eine zusätzliche F-Diagnose).

*Tabelle 2.1: Deskriptive Daten*

	<b>PIT-Gruppe</b>	<b>ASP-Gruppe</b>	<b>Gesamt</b>
Anzahl (n)	110	105	215
Männer	62 (56,4%)	60 (57,1%)	122 (56,7%)
Frauen	48 (43,6%)	45 (42,9%)	93 (43,3%)
Alter Mittelwert (SD)	50,4 (10,0)	48,7 (9,9)	49,6 (10,0)
<u>Komorbidität (nach ICD-10)</u>			
<i>Keine weitere F-Diagnose</i>	26 (23,6%)	37 (35,2%)	63 (29,3%)
<i>F1 Abhängigkeit</i>	6 (5,5%)	1 (1,0%)	7 (3,3%)
<i>F2 Schizophrenie</i>	0 (0,0%)	1 (1,0%)	1 (0,5%)
<i>F3 Affektive Störungen</i>	36 (32,7%)	33 (31,4%)	69 (32,1%)
<i>F4 Neurotische &amp; Somatoforme Störungen</i>	4 (3,6%)	1 (1,0%)	5 (2,3%)
<i>F6 Persönlichkeitsstörungen</i>	17 (15,5%)	16 (15,2%)	33 (15,3%)
<i>Multimorbide (&gt;1 zusätzliche F-Diagnose)</i>	21 (19,1%)	16 (15,2%)	37 (17,2%)
Mit Medikation	82 (74,5%)	73 (69,5%)	155 (72,1%)
<i>Acamprosät</i>	19 (17,3%)	18 (17,1%)	37 (17,2%)
<i>Disulfiram</i>	56 (50,9%)	51 (48,6%)	107 (49,8%)
<i>Naltrexon</i>	7 (6,4%)	4 (3,8%)	11 (5,1%)

*Anmerkung: keine signifikanten Gruppenunterschiede*

Der Anteil der Männer in der Behandlung liegt mit 56,7% (n=122) über dem Anteil der Frauen mit 43,3% (n=93). Das Durchschnittsalter liegt bei 49,6 (SD:10,0) Jahren. Im Vergleich mit den in der Deutschen Suchthilfestatistik 2011 (Steppan et al. 2012) angegebenen deskriptiven Daten nahmen an unserem Gruppentherapieangebot verhältnismäßig viele Frauen teil (Geschlechterverhältnis Männer:Frauen =



2,7:1), das Durchschnittsalter unterscheidet sich hingegen kaum (ambulante Rehabilitation: 44 Jahre, stationäre Rehabilitation: 45 Jahre). Die durchschnittliche Dauer der Alkoholabhängigkeit wurde aus den Aufnahme- oder Entlassberichten entnommen und liegt durchschnittlich bei 16,5 Jahren (min=1; max=50). Weitere demographische Daten wurden von uns nicht erhoben (vgl. Tab. 2.1). Die Patienten in den Therapiegruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich des Alters, Geschlechts, Vorhandenseins einer komorbiden Störung oder einer zusätzlichen pharmakotherapeutischen Behandlung.

### **2.1.2 Medikation**

72,1% (n=155) der Patienten in der ambulanten Behandlung wurden pharmakotherapeutisch behandelt (vgl. Tab. 2.1). Davon 17,2% (n=37) mit Acamprosat, 5,1% (n=11) mit Naltrexon und 49,8% (n=107) mit Disulfiram, wobei Letzteres zusätzlich eine tägliche Atemalkoholkontrolle in unserer Ambulanz vor der Ausgabe der Medikation erforderte.

Die Patienten waren vor Beginn der Gruppenbehandlung bereits stationär oder ambulant medikamentös eingestellt worden. Die Indikationsstellung lag somit im Ermessen des stationär oder ambulant behandelnden Facharztes. Die Art der Medikation spiegelt die Schwere der Erkrankung wider, eine genaue kriteriengeleitete Zuordnung fand jedoch im Rahmen der hier vorliegenden Untersuchung nicht statt.

### **2.1.3 Ablauf der Gruppentherapien**

#### **2.1.3.1 Alkoholismusspezifische Psychotherapie (ASP)**

Die Verhaltenstherapie-Gruppe orientiert sich an den Modulen der ASP (Brueck & Mann, 2006), wird aber modifiziert für das Gruppensetting angewendet. Die Inten-

sität der einzelnen Module ist daher auch abhängig von der Gruppenzusammensetzung.

Die ASP stellt eine ins Deutsche übertragene und an deutsche Verhältnisse adaptierte Version der unter Punkt 1.2 beschriebenen Combined Behavioral Intervention (Miller, 2004) dar, die eine Weiterentwicklung der in der bisher umfangreichsten Psychotherapiestudie MATCH (Project Match Research Group, 1997) erfolgreich getesteten Psychotherapieverfahren ist.

In der Multicenter-Studie Project COMBINE (Anton et al., 2006) wurde ihre Wirksamkeit in Kombination mit Medikamentengabe empirisch belegt.

Flexible Behandlungsmethoden nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen werden also in die ASP integriert, nämlich evidenzbasierte Kognitive Verhaltenstherapie, motivationssteigernde Elemente und soziale Verstärker (Community Reinforcement Approach) sowie die Förderung der Teilnahme an Selbsthilfegruppen.

Die ASP setzt sich aus vier Phasen zusammen:

1. Motivationsaufbau mit Elementen der motivierenden Gesprächsführung
2. Erstellen eines Veränderungsplans durch funktionale Verhaltensanalysen, Ressourcenorientierung und Selbstverpflichtung
3. Fertigkeitentraining wie soziales Kompetenztraining, Kommunikationstraining, Freizeitstruktur, Ablehnungstraining und Stimmungsmanagement
4. Aufrechterhaltung durch Check-up Sitzungen

In so genannten Bedarfsmodulen finden sich die Themen „Bedenken äußern“, „Ausrutscher“ und „Medikamenten-Compliance“. Die Durchführung der ASP sollte nach dem Einzeltherapie-Manual in 12-20 Sitzungen erfolgen.

Für die vorliegende Studie wurde das ursprünglich für die Einzeltherapie entwickelte Manual wie im Folgenden beschrieben für die Anwendung im Gruppensetting modifiziert. Es werden in der Gruppe alle vier Phasen der ASP flexibel durchlaufen. Die Therapie findet insgesamt über eine Dauer von sechs Monaten wöchentlich á 75 Minuten statt (s. Tab. 2.2).

*Tabelle 2.2: Hauptelemente der ASP modifiziert für das Gruppensetting*

<b>Sitzungsanzahl</b>	ca. 25
<b>Sitzungsfrequenz</b>	1x wöchentlich
<b>Dauer</b>	Insgesamt sechs Monate
<b>Hauptinhalt</b>	Erhaltung der Abstinenz und Schaffung bzw. Stärkung von individuellen Fertigkeiten und sozialem Rückhalt zur Stärkung der Motivation
<b>Funktionale Verhaltensanalyse</b>	Systematisch und detailliert (so detailliert es der Gruppe und dem einzelnen Patienten zumutbar ist)
<b>Klinische Methode</b>	Motivierende Gesprächsführung
<b>Hauptmerkmale</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abstinenz erhalten</li> <li>2. Veränderungsmotivation stärken</li> <li>3. Erkennen der Veränderungsbereitschaft</li> <li>4. Erstellen eines Veränderungsplans</li> <li>5. Fertigkeiten trainieren</li> </ol>

Zu Beginn einer Sitzung wird den Patienten Raum gegeben, über besondere Vorkommnisse positiver oder auch negativer Art zu berichten (z.B. Rückfall, starker Trinkdruck oder ein gelungener Verzicht trotz Angebotes). Je nach Thema kann darüber dann mit der Gruppe intensiver diskutiert werden. Die Gruppe ist dabei eine Ressource, da Anregungen untereinander gegeben werden können, besser mit Trinkdruck umzugehen oder Rückfälle zu vermeiden. Oft sind ähnlich Betroffene auf der Basis eigener Erfahrungen gut in der Lage, Mitpatienten zu unterstützen. Die Motivation kann so durch das Gespräch mit anderen Betroffenen unter professioneller Lei-

tung eines Therapeuten enorm gestärkt und gehalten werden. Die Bedarfsmodule kommen in der Gruppe somit auch situationsabhängig zum Einsatz.

Der Therapeut gibt die Anregungen und Informationen angelehnt an die Phasen der ASP, die innerhalb der sechsmonatigen Gruppe durchlaufen werden. Jeder Patient integriert sich mit seinen eigenen Erfahrungen und Gedanken in die Arbeit mit der Gruppe.

Nach dem Ende der Gruppentherapie wird allen Teilnehmern dringend geraten, sich den hauseigenen oder anderen Selbsthilfegruppen anzuschließen.

#### **2.1.3.2 *Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie (PIT)***

Die Wirksamkeit tiefenpsychologischer Therapieansätze zur Rückfallprophylaxe der Alkoholabhängigkeit im Vergleich zu verhaltenstherapeutischen Ansätzen zu überprüfen, ist ein grundlegender Teil dieser Studie. Denn obwohl psychoanalytisch-interaktionelle Konzepte in der Suchttherapie oft angewandt werden, liegt, wie in Kapitel 1.2. beschrieben, keine ausreichende Evidenz für ihre Wirksamkeit vor.

Wie auch bei der ASP wird vor jeder Gruppensitzung eine Atemalkoholkontrolle durchgeführt. Für die analytisch-interaktionelle Gruppe existiert ein klinikinternes Behandlungskonzept unter Beachtung der therapeutischen Prinzipien der PIT (nach Heigel-Evers & Ott, 2002).

Es wird vorwiegend im Hier und Jetzt gearbeitet, mit entwicklungsfördernder Beziehungsgestaltung, Antwort statt Deutung als vorrangige therapeutische Intervention. Generelle Themen, die im Verlauf der Gruppenbehandlung fokussiert werden, sind: Affektwahrnehmung, -differenzierung und -regulation, Umgang mit Frustrationen, Besserung der Impulskontrolle, Gestaltung interpersoneller Beziehungen, Umgang mit Scham und Schuld angesichts der Konsumvorgeschichte, wobei die

Intensität auch hier flexibel an die Gruppenzusammensetzung angepasst wird. In dieser Gruppe gibt es weniger strenge Vorgaben zur Struktur. Der Therapeut versteht sich einerseits als Teilnehmer, andererseits als Moderator und Hilfs-Ich. Bei der Behandlung eines von einem Patienten eingebrachten Themas oder Problems, stellt der Therapeut besonders in der Anfangsphase klärende Fragen, die beispielsweise auf verbesserte Selbstwahrnehmung abzielen. Der Therapeut achtet besonders auf den Gruppenprozess, die Art des Umgangs der Teilnehmer miteinander, sich darstellende Gruppennormen und auf die Behandlung des gemeinsamen Alkoholproblems aller. Jeder Patient soll lernen können, die eigene Selbstwahrnehmung und Selbstregulation zu verbessern, um beispielsweise mit unangenehmen Affekten ohne Konsum umgehen zu können. Die Selbstwirksamkeitsüberzeugung und das Erkennen, Verstehen und Umgehen mit interpersonellen Konflikten sollen unterstützt werden (s. Tab. 2.3).

*Tabelle 2.3: Hauptelemente der PIT im Gruppensetting (klinikinternes Manual)*

<b>Sitzungsanzahl</b>	ca. 25
<b>Sitzungsfrequenz</b>	1x wöchentlich
<b>Dauer</b>	Sechs Monate
<b>Hauptinhalt</b>	Abstinenzhaltung/-wiedergewinnung durch verbesserte Selbstregulation und Introspektion, reiferes interpersonelles Verhalten, Bearbeitung von Schuld- und Schamaffekten
<b>Klinische Methode</b>	Selektiv-authentische Haltung, Antwort statt Deutung, Hilfs-Ich Funktion
<b>Hauptmerkmale</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Unterstützung durch Gruppenzusammenhalt und normative Funktion der Gruppe</li> <li>2. Austausch mit ähnlich Betroffenen</li> <li>3. Wahrnehmung und Differenzierung eigener Affekte (z.B. in Rückfallsituationen oder belastenden interpersonellen Situationen)</li> <li>4. Selbstregulation ohne Konsum</li> <li>5. Interpersonelle Schwierigkeiten und deren Zusammenhang mit Suchtverlangen erkennen und bewältigen</li> <li>6. Stärkung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung</li> </ol>

Ebenso wie in der ASP Gruppe wird jedem Teilnehmer am Ende der Gruppenphase zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe für Alkoholabhängige des St. Marien-Hospitals Eickel oder anderswo geraten.

## **2.2 Datenerhebung und Instrumente**

Die Erhebung der Basisdaten mit Angaben zu Alter, Geschlecht, Medikation, Suchtanamnese und Komorbidität fand im Rahmen eines Vorgesprächs zur Anmeldung statt. Zusätzlich lagen ein klinischer Entlassungsbericht oder Angaben zur Anamnese von Seiten des ambulanten Behandlers vor.

Die Erfassung der Rückfälle erfolgte im Sinne einer Verlaufsdagnostik während der gesamten Behandlung. Ein Rückfall wurde definiert als Trinkereignis, das nicht aus eigener Kraft gestoppt werden konnte und zur stationären Entgiftung führt, *lapses* wurden entsprechend nicht als Rückfall bewertet. Die Entzugsbehandlung fand zumeist im St. Marien-Hospital Eickel statt, dadurch war eine direkte Rückmeldung an den Gruppentherapeuten möglich. Anschließend (wenn möglich auch während der Entzugsbehandlung) konnte weiter an der Gruppe teilgenommen werden. Rückfälle führten somit nicht zum Ausschluss aus der Gruppe. Vor jeder Gruppensitzung wurden Atemluftkontrollen durchgeführt, bei Alkoholisierung wurden die Patienten von diesem Gruppentermin ausgeschlossen.

Ein Abbruch wurde dann kodiert, wenn ein Patient angab, dass er keine weitere Behandlung wünsche oder ohne Absprache mit dem Gruppentherapeuten wiederholt nicht erschien (max. zwei Anrufe durch den Gruppentherapeuten). Ein Abbruch wurde im Sinne einer konservativen Schätzung als Rückfall gewertet. Ausgenommen wurden zum einen Patienten, bei denen aus Krankheitsgründen (somatische Erkrankung, Operation), Umzug oder Arbeitsplatzwechsel in Absprache mit dem

Gruppentherapeuten eine weitere Teilnahme nicht möglich war (Drop-out). Zum anderen wurden auch solche Patienten als nicht rückfällig eingestuft, die zwar die ambulante Gruppenbehandlung abbrachen, jedoch weiterhin in unserer psychiatrischen Institutsambulanz behandelt wurden und so eine gesicherte Rückmeldung über konstante Abstinenz möglich war. Die Haltekraft beschreibt entsprechend den Anteil der Patienten, die das sechsmonatige Therapieprogramm vollständig durchlaufen haben.

### **2.2.1 Datenauswertung**

Die Datenauswertung wurde mit dem Programm SPSS 17 durchgeführt. Für die Deskription werden arithmetische Mittelwerte und Standardabweichungen sowie absolute und prozentuale Häufigkeiten angegeben.

Für die Analyse der Therapiegruppenunterschiede wurden Chi-Quadrat-Vierfeldertests durchgeführt, da es sich durchgängig um dichotome Variablen handelt. Auch hinsichtlich der medikamentösen Behandlung wurden zunächst Chi-Quadrat-Tests angewandt. Für die differenzierte Betrachtung des Einflusses der Medikation und des Therapieverfahrens auf den Therapieerfolg (Haltekraft und Rückfall) wurden binär logistische Regressionen durchgeführt. Es gilt ein zweiseitiges Signifikanzniveau von  $p \leq .05$ .

Eine retrospektive Fallzahlanalyse erfolgte mit dem Programm G\*Power 3 (Faul et al., 2007). Die in unserer Studie vorliegende Stichprobengröße von 215 Patienten erlaubt es, einen 20% Unterschied zwischen den Gruppen mit einer guten statistischen Power von 0,80, bzw. einen Unterschied von 15% mit einer akzeptablen Power von 0,60 nachzuweisen.

### 3 Ergebnisse

#### 3.1 Haltekraft

Die Haltekraft der ambulanten Gruppenbehandlung stellt für uns einen wichtigen Indikator dafür da, wie gut die Passung zwischen Therapieangebot und Patient ist. Es gilt, je weniger Abbrüche es gibt, desto höher ist die Haltekraft der Gruppe.

Die erste Untersuchungshypothese geht davon aus, dass die Haltekraft in beiden Gruppen gleich hoch ist. Es wird also angenommen, dass in der PIT-Gruppe nicht mehr Abbrüche stattfinden als in der verhaltenstherapeutischen ASP-Gruppe (Goldstandard). Von den insgesamt 215 Patienten in unserer Stichprobe beendeten 148 (68,8%) die Gruppentherapien regulär. Es gab 55 Abbrüche (25,6%), 12 Patienten (5,6%) schieden aus anderen Gründen in Absprache mit dem jeweiligen Gruppentherapeuten vorzeitig aus (Drop-out). Tabelle 3.1 zeigt die Anzahl und den prozentualen Anteil der Abbrüche in beiden Therapiegruppen.

*Tabelle 3.1: Abbruch, Haltekraft und Drop-out im Gruppenvergleich*

Therapiegruppe	Abbruch	Haltekraft	Drop-out
<b>PIT</b>	20 (18,2%)	85 (81,8%)	5 (4,5%)
<b>ASP</b>	35 (33,3%)	63 (66,7%)	7 (6,7%)

In der ASP-Gruppe kam es statistisch zu mehr Abbrüchen als in der PIT-Gruppe,  $\chi^2(1)=7,128$ ;  $p=.008$ . Dieses Ergebnis ist hoch signifikant. Das Zusammenhangsmaß Phi zeigt ebenfalls einen hoch signifikanten, aber schwachen Zusammenhang zwischen Therapiegruppe und Abbruch  $\phi = 0,187$ ;  $p=.008$ . Wobei dies zu erwarten ist, da der Vergleich zwischen zwei wirksamen Therapieverfahren ohne eine Wartekontrollgruppe erfolgt. Die Odds Ratio weist aus, dass die Gefahr eines Abbruchs in der



ASP-Gruppe um das 2,4-Fache erhöht ist (OR: 2,361; 95%-Konfidenzintervall: 1,247-4,472).

### 3.2 Rückfall

Die Rückfälle wurden, wie bereits beschrieben, während des gesamten sechsmonatigen Therapieangebotes verlaufsdiagnostisch erfasst. Hierbei wurde ein Rückfall als Trinkereignis definiert, das nicht aus eigener Kraft gestoppt werden kann. Dies führte nicht zum Ausschluss aus der Gruppe. Die Rückfallrate soll über die Wirksamkeit der hier untersuchten ambulanten Gruppentherapien Aufschluss geben.

Die zweite Untersuchungshypothese geht davon aus, dass die PIT-Gruppe im Vergleich mit dem verhaltenstherapeutischen Goldstandard (ASP-Gruppe) gleich gute Behandlungsergebnisse erzielt. Gemäß den DG-Sucht Leitlinien (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, 2001), wurde eine konservative Berechnung der Rückfallraten (Berechnungsformel 4; entspricht *intention-to-treat*) in den Vordergrund gestellt. Alle Abbrüche wurden entsprechend als Rückfall gewertet, Ausnahmen waren lediglich – wie unter Punkt 2.2. beschrieben – Patienten, die weiterhin in der Institutsambulanz behandelt wurden und für die eine positive Rückmeldung bezüglich der Abstinenz durch den ambulanten Therapeuten vorlag. Insgesamt hatten 41,4% der Patienten (n=89) im Verlauf der Gruppentherapie mindestens einen Rückfall (*relapse*), wobei hier nicht weiter nach Qualität und Quantität der Trinkereignisse unterschieden wurde. Tabelle 3.2 zeigt die Anzahl der Rückfälle und den prozentualen Anteil für beide Therapiegruppen.

In der ASP-Gruppe gab es statistisch signifikant mehr Patienten mit mindestens einem Rückfall als in der PIT-Gruppe,  $\chi^2(1)=5,589$ ;  $p=.018$ . Das Zusammenhangsmaß Phi zeigt ebenfalls einen signifikanten, aber schwachen Zusammenhang zwi-

schen Therapiegruppe und Rückfall  $\phi=0,161$ ;  $p=.018$ . Die Gefahr eines Rückfalls ist in der ASP-Gruppe um das 1,9-Fache erhöht ist (OR: 1,936; 95%-Konfidenzintervall: 1,117-3,356).

Da die so erhaltenen Ergebnisse (Berechnungsformel 4) den Erfolg einer Behandlung systematisch unterschätzen, wurde zusätzlich eine Auswertung der Rückfälle aller planmäßigen Beender ( $n=148$ ) durchgeführt (Berechnungsformel 1, entspricht *per protocol*; Tab. 3.2). Hierbei kommt es zu einer systematischen Überschätzung der Ergebnisse.

Im Chi-Quadrattest zeigte sich kein signifikanter Unterschied mehr zwischen ASP und PIT ( $\chi^2(1)=0,746$ ;  $p=.388$ , *n.s.*). Der Zusammenhang zwischen Therapiegruppe und Rückfall ist statistisch ebenfalls nicht mehr bedeutsam ( $\phi=-0,071$ ;  $p=.388$ , *n.s.*).

*Tabelle 3.2: Rückfallquote im Gruppenvergleich getrennt für Berechnungsformel 4 und 1*

Therapiegruppe		Rückfall	
		Ja	Nein
<b>Berechnungsformel 4 (ITT)</b>	PIT	37 (33,6%)	73 (66,4%)
	ASP	52 (49,5%)	53 (51,5%)
<b>Berechnungsformel 1 (PP)</b>	PIT	19 (22,4%)	66 (77,6%)
	ASP	18 (28,6%)	45 (71,4%)

### 3.3 Einfluss der pharmakotherapeutischen Rückfallprophylaxe

Zur Klärung der Frage, welchen Einfluss die zusätzliche pharmakotherapeutische Behandlung mit Acamprosat, Naltrexon oder Disulfiram, die immerhin 155 (72,1%) der Patienten erhielten, auf die Haltekraft und die Rückfallrate hat, wurden

zunächst Chi-Quadrat-Vierfeldertests durchgeführt. Es wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne rückfallprophylaktischer Medikation ( $\chi^2(1)=0,003$ ;  $p=.96$ ) bezüglich eines Rückfalls gefunden. Es zeigen sich jedoch signifikant mehr Abbrüche der Patienten ohne Medikation ( $\chi^2(1)=4,240$ ;  $p=.039$ ).

Auch die Schwere der Abhängigkeit als Einflussfaktor wurde überprüft. Als schwer abhängig wurden dabei mit Disulfiram behandelte Patienten eingestuft. Disulfiram wird in der psychiatrischen Praxis meist bei schwerkranken Alkoholabhängigen verordnet, wenn Patienten wiederholt erfolglos versucht haben abstinent zu bleiben (z.B. DHS, 2011b). Alle anderen Patienten mit anderer oder ohne Medikation wurden als weniger schwer abhängig eingestuft. Im Chi-Quadrat-Test zeigten sich weder für Rückfälle noch für Abbrüche signifikante Ergebnisse ( $\chi^2(1)=0,059$ ;  $p=.808$  bzw.  $\chi^2(1)=0,013$ ;  $p=.908$ ).

Binäre logistische Regressionsanalysen wurden durchgeführt, um den Zusammenhang zwischen Therapiegruppe bzw. Anticraving-Medikation und einem Rückfall differenzierter zu berechnen. Tabelle 3.3 zeigt, dass allein die Therapiegruppenzugehörigkeit signifikante Prädiktionskraft besitzt. Dies gilt sowohl für einen Abbruch der Therapie ( $Wald=6,646$ ;  $p=.010$ ), als auch für die Vorhersage eines Rückfalls ( $Wald=5,538$ ;  $p=.019$ ). Der zusätzliche Einbezug des Vorhandenseins einer Anticraving-Medikation in die Regression erbringt keine Verbesserung der Vorhersagemodelle in Bezug auf einen Rückfall, bei der Vorhersage eines Abbruchs hat die zusätzliche Medikation tendenziell einen Einfluss, die Wahrscheinlichkeit eines Abbruchs ist mit Medikation um 49% geringer als ohne ( $Exp(B)=0,510$ ). Das Ergebnis der binär-logistischen Regression unterstützt damit die vorher berichteten geringeren Rückfall- und Abbruchquoten in der PIT.

*Tabelle 3.3: Binäre logistische Regressionsanalyse für die Vorhersage eines Abbruchs bzw. Rückfalls mittels Gruppenzugehörigkeit und Vorhandensein einer Anticraving-Medikation*

	Variable	B	SE	Wald	p	Exp (B)
<b>Abbruch</b>	Therapiegruppe <sup>1</sup>	-0,848	0,329	6,646	.010	0,428
	Anticraving-Medikation <sup>2</sup>	-0,674	0,345	3,823	.051	0,510
<b>Rückfall</b>	Therapiegruppe <sup>1</sup>	-0,662	0,281	5,538	.019	0,516
	Anticraving-Medikation <sup>2</sup>	0,260	0,313	0,07	.934	1,026

Fußnote: <sup>1</sup>Referenzgruppe: ASP; <sup>2</sup>Referenzgruppe: ohne Medikation mit Acamprosat, Naltrexon oder Disulfiram; df =1

Eine weitere binäre logistische Regressionsanalyse wurde durchgeführt, um den Einfluss der Schwere der Abhängigkeit (definiert durch Medikation mit Disulfiram) zu überprüfen. Auch hier ist lediglich die Gruppenzugehörigkeit ein signifikanter Prädiktor (Abbruch: *Wald*=6,943; *p*=.008; Rückfall: *Wald*=5,505; *p*=.019). Ein Überblick ist in Tabelle 3.4 dargestellt.

*Tabelle 3.4: Binäre logistische Regressionsanalyse für die Vorhersage eines Abbruchs bzw. Rückfalls mittels Gruppenzugehörigkeit und der Schwere der Abhängigkeit*

	Variable	B	SE	Wald	p	Exp (B)
<b>Abbruch</b>	Therapiegruppe <sup>1</sup>	-0,859	0,326	6,943	.008	0,424
	Schwere der Abhängigkeit <sup>2</sup>	-0,250	0,322	0,006	.939	0,976
<b>Rückfall</b>	Therapiegruppe <sup>1</sup>	-0,659	0,281	5,505	.019	0,517
	Schwere der Abhängigkeit <sup>2</sup>	-0,047	0,281	0,028	.867	0,954

Fußnote: <sup>1</sup>Referenzgruppe: ASP; <sup>2</sup>Referenzgruppe:kein Disulfiram; df=1

## 4 Diskussion

### 4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

In der Behandlung alkoholabhängiger Patienten gelten verhaltenstherapeutische Interventionen als evidenzbasiert. In der vorliegenden prospektiv-randomisierten Studie wurde die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie in einem klinischen Routine-setting hinsichtlich ihrer Vergleichbarkeit mit der verhaltenstherapeutischen Alkoholismusspezifischen Psychotherapie untersucht. Beide Therapieformen fanden im ambulanten Gruppensetting wöchentlich über einen Zeitraum von sechs Monaten statt.

In unsere Untersuchung wurden alle Patienten eingeschlossen, die im Studienzeitraum eine der beiden angebotenen Gruppentherapien wahrnahmen. Einschlusskriterium war eine zuvor im stationären Setting diagnostizierte Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2). In Anlehnung an Krampe et al. (2007) sei an dieser Stelle noch einmal auf die unterschiedliche Wirksamkeit therapeutischer Verfahren bei (chronischer) Alkoholabhängigkeit im Gegensatz zu Missbrauch oder Riskantem Konsum hingewiesen und entsprechend betont, dass in unserer Studie nur abhängige Patienten eingeschlossen wurden.

Hervorzuheben ist auch, dass es bis auf hirnorganische Beeinträchtigungen keinerlei Ausschlusskriterien in unserer Stichprobe gab. Patienten mit komorbiden psychiatrischen Diagnosen sowie mit zusätzlicher pharmakotherapeutischer Behandlung wurden entsprechend eingeschlossen. Hierin liegt ein großer Unterschied zu randomisierten, kontrollierten Studien. Es kann allerdings eine gute externe Validität angenommen werden, da das naturalistische Studiendesign dem klinischen Versorgungsalltag in Deutschland entspricht.

Komorbide psychische Störungen und medikamentöse Behandlung waren nicht Teil der Randomisierung, sondern wurden von uns im Rahmen der Routineversorgung in der Studie geduldet. Beide Gruppen unterschieden sich jedoch nicht hinsichtlich des Vorhandenseins einer komorbiden psychischen Störung oder einer pharmakotherapeutischen Rückfallprophylaxe. Dies spricht für eine gelungene (Pseudo-) Randomisierung durch das zeitliche Eintreffen in der psychiatrischen Ambulanz.

#### **4.1.1 Einordnung in die aktuelle Studienlage**

##### **4.1.1.1 Haltekraft**

Als Erfolgsparameter wurde zunächst die Haltekraft in beiden Gruppen miteinander verglichen. Es zeigt sich eine Überlegenheit der PIT gegenüber der ASP. Das Risiko eines Abbruchs war in der ASP Gruppe um das 2,4-Fache erhöht. Die Haltequote in der ASP lag bei 66,7% gegenüber 81,8% in der PIT.

In der Studie von Schmidt et al. (2008) lag die Anzahl derjenigen, die die ambulante Therapie regulär beendeten bei 83,7%. Bei Bottlender & Soyka (2005) wird eine Haltekraft von 72% berichtet, wobei 18% wegen wiederholter Rückfälligkeit aus disziplinarischen Gründen ausgeschlossen wurden. Dies war in unserer Studie nicht der Fall. Ebenso wurden bei Wölwer et al. (2011) Patienten mit einem Rückfall von der weiteren Behandlung ausgeschlossen. Dies führt zu einer Haltekraft von lediglich 42,6-46,8%. Als Gründe für den Ausschluss aus der Behandlung werden bei 40,3% Rückfälle (Konsum an mehr als sieben aufeinanderfolgenden Tagen) angegeben, 35,3% blieben mehr als drei Sitzungen unentschuldigt fern (etwa 71 von 371 Patienten, das entspricht 19,1% Abbrecher der Gesamtgruppe ohne gesicherte Kenntnis zu einem Rückfall, *eigene Berechnung auf Grundlage der berichteten Daten*). Die Auto-

ren plädieren in ihrer Diskussion für eine Weiterbehandlung von Patienten mit Rückfall, wie es in unserer Studie durchgeführt wurde. In der Deutschen Suchthilfestatistik 2011 (Steppan et al., 2012) wird eine Haltequote von 66% für die ambulante Rehabilitation Alkoholabhängiger angeführt.

Unsere Ergebnisse lassen sich also für beide Gruppen in die aus der deutschen Literatur bekannten Angaben zur Haltekraft im ambulanten Behandlungssetting einordnen, wobei die ASP am unteren und die PIT am oberen Rand zu finden ist. Es ist somit von einer Akzeptanz der jeweiligen Behandlung auszugehen.

#### **4.1.1.2 Rückfall**

In der ITT-Analyse der Rückfälle (Trinkereignisse, die nicht aus eigener Kraft gestoppt werden konnten und zu einer Entgiftung führten) ist die PIT in der vorliegenden Untersuchung der ASP ebenfalls überlegen. In der PIT-Bedingung hatten 33,6% der Patienten einen Rückfall, in der ASP 49,5%. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant.

Da in der PIT bereits signifikant weniger Abbrüche zu verzeichnen waren, welche ohne gesicherten Gegenbeweis als Rückfall gewertet wurden, fließt dieses Ergebnis in die konservative Berechnung der Rückfälle ein. In einer PP-Analyse zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Therapiegruppen (ASP: 28,6%; PIT: 22,4%). Als abstinent oder verbessert (*lapse, kein relapse*) gelten entsprechend 66,4% der Patienten in der PIT und 51,5% in der ASP.

Die Vergleichbarkeit mit anderen Studien ist, wie bereits unter Punkt 1.4 beschrieben, durch die zum Teil unterschiedlichen Definitionen von Rückfall sowie verschiedene Erhebungszeitpunkte (Post oder Katamnese von unterschiedlicher Dauer) erschwert. Studien, die die Wirksamkeit von unterschiedlichen ambulanten verhal-

tenstherapeutischen Interventionen überprüft haben, berichten Abstinenzraten bzw. Verbesserungsraten nach Abschluss der Therapie von 60% (z.B. Mundle et al., 2001; Burtscheidt et al., 2001). Die Autoren der OLITA-Studie berichten, dass 60% der Patienten im Therapieverlauf einen Rückfall erleiden (davon 30% *lapses*; Krampe et al., 2007).

Die langfristige Effektivität von therapeutischen Interventionen zeigt sich jedoch erst in Katamneseuntersuchungen. Hier werden Abstinenzraten um etwa 40-60% berichtet (z.B. Krampe et al., 2007; Soyka & Schmidt, 2009; Mundle et al., 2001). Eine entsprechende 12-Monats-Katamnese unserer Patientengruppe wird derzeit durchgeführt.

Studien, die Verhaltenstherapie mit anderen psychotherapeutischen Ansätzen oder in Kombination mit Medikation vergleichen, finden geringe bis gar keine Unterschiede zwischen den im Einzelnen als wirksam erwiesenen therapeutischen Interventionen (Project Match Research Group, 1997; Andréasson & Öjehagen, 2003; Sandahl et al., 1998; Anton et al., 2006; Burtscheidt et al., 2001; Wölwer et al., 2011).

Unsere Studienergebnisse lassen sich auch bei dem Erfolgskriterium Rückfall bzw. Abstinenz in die bisherige Forschungslage einreihen, wiederum mit einem Vorteil der PIT gegenüber der ASP. Der berichtete geringe, wenn auch statistisch signifikante Zusammenhang zwischen Therapiegruppe und Rückfall ( $\phi=0,161$ ;  $p=.018$  in der ITT-Analyse) unterstreicht den geringen Unterschied zwischen zwei wirksamen Verfahren (vgl. zu Effektstärken um Null bei Vergleichen zwischen wirksamen Therapieverfahren auch Imel et al., 2008).



#### 4.1.1.3 Medikation

Mit Hilfe binär logistischer Regressionen wurde untersucht, ob und inwiefern die Art der in Anspruch genommenen Therapie sowie das Vorhandensein einer Anticraving-Medikation (1. mit rückfallprophylaktischer Medikation generell und 2. mit Disulfiram) Einfluss auf Abbruch oder Rückfall hat.

Dabei zeigte sich, dass in unserer Stichprobe lediglich die Art der Therapiegruppe einen signifikanten Einfluss auf die Vorhersage eines Abbruchs bzw. Rückfalls hatte. Die Wahrscheinlichkeit für einen Abbruch war in der PIT um 57,2% geringer als in der ASP ( $\text{Exp}(B)=0,428$ ), die Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall um 48,4% geringer ( $\text{Exp}(B)=0,516$ ). Eine zusätzliche pharmakotherapeutische Rückfallprophylaxe hatte interessanterweise einen tendenziellen Einfluss auf die Haltekraft, jedoch nicht auf die Abstinenz. Patienten mit Medikation brechen die Gruppentherapie weniger häufig ab, als solche ohne zusätzliche medikamentöse Therapie.

Für die Subgruppe der schwer Abhängigen (Medikation mit Disulfiram) finden sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Haltekraft oder Rückfall, obwohl die Disulfiram-Ausgabe mit täglichen Kontakten zum Ambulanzteam und Abstinenzkontrollen einherging. Ähnlich wie bei den Ergebnissen von Wölwer et al. (2011), die in ihrer Untersuchung keine signifikante Unterscheidung zwischen ambulanter Behandlung von alkoholabhängigen Patienten mit Verhaltenstherapie und Placebo, Acamprosat und Verhaltenstherapie, sowie Acamprosat und supportive Beratung fanden, scheint auch bei unserer Stichprobe die zusätzliche Medikation keinen weiteren Prädiktoreffekt für die Abstinenz zu haben.

## **4.2 Interpretation und Ausblick**

### **4.2.1 Methodische Einschränkungen**

Die Tatsache, dass unsere Studienergebnisse im Rahmen einer klinischen Routineversorgung erhoben wurden, geht mit methodischen Einschränkungen einher. Diese sollen im Folgenden diskutiert werden. Die Vergleichbarkeit unserer Daten mit RCT-Studien ist daher eingeschränkt, die praktische Relevanz gerade für andere klinische Einrichtungen in Deutschland, die unter ähnlichen Bedingungen arbeiten, kann dennoch als hoch bewertet werden.

In dem hier untersuchten Behandlungskonzept wurden nachweislich wirksame pharmakotherapeutische und psychotherapeutische Verfahren kombiniert angeboten. Dabei erfolgte die Zuordnung des gruppentherapeutischen Verfahrens randomisiert, während die medikamentöse Einstellung indikationsbezogen war und im Ermessen des (vor-) behandelnden Facharztes lag. Eine kontrollierte Zuordnung der Medikation wie sie etwa in der COMBINE-Studie (Anton et al., 2006), PREDICT (Mann et al., 2009) oder bei Wölwer et al. (2011) erfolgte, gab es in unserer Untersuchung nicht.

Entsprechend der zufälligen Zuordnung der Patienten gab es keine Gruppenunterschiede hinsichtlich der Art der Medikation bei Behandlungsbeginn. Zusätzlich wurden von allen Patienten einzeltherapeutische Kontakte alle vier bis sechs Wochen in Anspruch genommen. Nicht erhoben wurde, welche zusätzlichen Psychopharmaka, etwa Antidepressiva, bei vorliegender Komorbidität verordnet wurden. Dies sollte in folgenden Untersuchungen ebenfalls dokumentiert werden.

Ein weiterer Kritikpunkt liegt in der Durchführung der Gruppentherapien durch unterschiedlich ausgebildete und routinierte Therapeuten. Die ASP-Therapeuten wechselten häufiger als die PIT-Therapeuten, was unter anderem an der weiteren

Verbreitung der verhaltenstherapeutischen Weiterbildung liegen mag. In der Routineversorgung ist jedoch aus pragmatischen Gründen ein standardisierter Therapeutenwechsel, entsprechende externe Schulungen, Supervision und Videoaufzeichnungen der Gruppen nicht durchgängig umsetzbar. Um einen möglichen „Routineeffekt“ zu erfassen, wurden zusätzliche Gruppenvergleiche mittels Chi-Quadrat-Tests berechnet. Die Gruppengröße umfasste dabei jeweils ca. 100 Patienten. Es gab jedoch keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Rückfalls oder Abbruchs in den beiden ersten Gruppen einer ASP-Therapeutin und ihren folgenden beiden Gruppen, sowie zwischen den ersten beiden Gruppen einer PIT-Therapeutin und ihren folgenden beiden Gruppen. Auch zwischen zwei ASP-„Novizengruppen“ gegenüber zwei PIT-„Novizengruppen“ (jeweils die erste durchgeführte Gruppe von je zwei ASP- bzw. PIT-Therapeuten) oder zwei PIT-„Expertengruppen“ gegen zwei ASP-„Expertengruppen“ (jeweils die dritte und vierte Gruppe einer PIT- und einer ASP-Therapeutin) gab es keine signifikanten Unterschiede. Ein Einfluss durch therapeutische Routine in der Durchführung der Gruppen kann daher retrospektiv verneint werden.

Unklar ist darüber hinaus, inwieweit die von Grawe (z.B. 2005a) formulierten allgemeinen Wirkfaktoren von Psychotherapie, nämlich therapeutische Beziehung, motivationale Klärung, Problemaktualisierung, Ressourcenaktivierung und Problembewältigung, in den beiden Gruppen realisiert wurden. Diese Faktoren erlangen im Rahmen der Prozessforschung immer höheren Stellenwert und könnten Erklärungen sowohl für Gemeinsamkeiten als auch für Unterschiede bieten. Eine im Rahmen der PREDICT-Studie erstellte Dissertation (Haase, 2010) kommt zu dem Schluss, dass in der ASP (im Einzelsetting) die allgemeinen Wirkfaktoren nach Grawe nur gering verwirklicht werden. Therapeutische Möglichkeiten der ASP

werden nur unzureichend ausgeschöpft. Dies könnte auch für unsere Studie eine mögliche Erklärung für die höhere Abbruchrate in der ASP-Gruppe sein.

Auch könnten in nachfolgenden Untersuchungen solche Patienten als Kontrollgruppe eingeschlossen werden, die die Gruppentherapie ablehnen, jedoch im Sinne einer *treatment-as-usual* Intervention weiterhin ambulante Einzelgespräche und ggf. auch medikamentöse Behandlung in Anspruch nehmen. In der klinischen Realität würde diese Kontrollgruppe jedoch einer Negativselektion entsprechen, da erfahrungsgemäß solche Patienten, die eine angebotene Therapie ausschlagen, schlechtere Abstinenzprognosen aufweisen. Aus ethischen Gründen wäre eine randomisierte Zuordnung in eine Kontrollgruppe nicht vertretbar, da Patienten in diesem Fall eine wirksame Behandlung vorenthalten werden würde.

#### **4.2.2 Bewertung der Studienergebnisse**

Die zentrale Untersuchungshypothese dieser Arbeit lautet: *Die psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie ist in der ambulanten Gruppenbehandlung Alkoholabhängiger vergleichbar wirksam wie die Alkoholismusspezifische Psychotherapie.*

Die Ergebnisse unserer Studie sprechen vor allem bei Betrachtung der Haltekraft für einen deutlichen Vorteil der PIT. Da die PIT sowohl hinsichtlich der Haltekraft, als auch der Rückfallrate geringere Misserfolgsquoten zeigt, als die Vergleichstherapie ASP, kann in Hinblick auf die durchgeführte Fallzahlanalyse das Risiko einer fälschlichen Annahme der Untersuchungshypothese vernachlässigt werden. Dennoch ist aufgrund der methodischen Einschränkungen trotz entsprechender Tendenz nicht von einer generellen Überlegenheit der PIT auszugehen.

Vielmehr sprechen die Ergebnisse für eine Festigung ihrer Berechtigung in der ambulanten Nachsorge alkoholabhängiger Patienten in der klinischen Routineversorgung. In Anlehnung an Sandahl et al. (1998) sei hier noch einmal darauf hingewiesen, dass sich die Weiterentwicklung ambulanter psychoanalytisch orientierter Gruppentherapien für alkoholabhängige Patienten lohnt und ihre Effektivität weiter überprüft werden muss.

Die Autoren der UKATT-Studie (UKATT-Research Team, 2008) diskutieren, dass die ähnliche Wirksamkeit verschiedener therapeutischer Interventionen dem motivationalen Veränderungsprozess des Patienten zuzuschreiben sein könnte. Sie vermuten hinter Therapie eine „kulturell sanktionierte Möglichkeit, die dem Klienten die Erlaubnis zu einer Verhaltensänderung gibt“ (Übersetzung der Autorin, vgl. UKATT-Research Team, 2008, S. 234). Dieser intrapersonelle Prozess für die Entscheidung einer Bewältigung des Alkoholproblems mag Hinweise auf die bisher fehlenden Belege für ein Matching zwischen Therapieangebot und Patientenmerkmalen geben. Weitere Forschungsarbeiten sollten diesen intrapersonellen Entscheidungsprozess in ihre Untersuchung einbeziehen, ggf. im Sinne einer Klärung der motivationalen Lage vor, während und nach der Therapie. Interessant wäre auch, inwieweit dieser Prozess durch Methoden- oder Therapeutenvariablen moderiert wird (für eine kritische Auseinandersetzung des Matching-Ansatzes sowie Ideen für weiterführende Forschungsschwerpunkte s.a. Orford, 2008; Davoli, 2008; einen Überblick über mögliche Weiterentwicklung von Rückfallprophylaxe-Ansätzen s. Hendershot et al., 2011).

Schaumberg et al. (2013) untersuchen in ihrer Studie die Selbstwirksamkeitserwartung nach Abschluss einer 12wöchigen Therapie. Die ausschließlich männlichen Patienten wurden u.a. gefragt, wie überzeugt sie seien auch ohne Medikation weiterhin ein moderates, kontrolliertes Trinkverhalten zu zeigen. Es ergeben sich erste Hin-

weise, dass die Selbstwirksamkeitserwartung von Patienten nach einer kognitiven Verhaltenstherapie größer war, wenn diese vermuteten eine Placebomedikation statt Naltrexon zu erhalten. Die Autoren heben dies als kritischen Aspekt bei der Kombination von Psychotherapie und Medikation hervor und leiten ab, dass das Absetzen einer Medikation während einer laufenden Therapie und nicht im Anschluss erfolgen sollte, um die Selbstwirksamkeit der Patienten zu stärken.

Der als Dodo-Vogel-Verdict bekannt gewordene Effekt, dass sich im direkten Vergleich solcher Therapieverfahren, die sich gegenüber einer (unbehandelten) Kontrollgruppe als effektiv erwiesen haben, kaum messbare Unterschiede finden lassen, führte neben kontroversen Diskussionen auch zu einer Hinwendung in Richtung eklektischer oder integrativer Ansätze (z.B. Allgemeine Psychotherapie nach Grawe, 2005b).

So sprechen sich die Autoren der AWMF-Leitlinien zur Behandlung postakuter alkoholbezogener Störungen (Geyer et al., 2006) für eine integrierte (Entwöhnungs-) Behandlung aus, in der neben psychotherapeutischen z.B auch sozio- und somato-therapeutische Interventionen durch ein multiprofessionelles Team zum Einsatz kommen sollen. Sowohl kognitiv-verhaltenstherapeutische als auch psychodynamisch-interaktionelle Ansätze werden empfohlen. Hierbei sind ambulante Behandlungssettings wenn möglich vorzuziehen. Diese sind jedoch in Deutschland bisher zu wenig berücksichtigt. Ambulante Nachsorge zur Rückfallprävention wird wohnortnah im Gruppensetting empfohlen, entweder in therapeutengeleiteten Gruppen und/oder in Selbsthilfegruppen.

Diese Punkte werden in dem hier untersuchten Konzept zur klinischen Routineversorgung Alkoholabhängiger realisiert, indem im Anschluss an eine integrative qualifizierte Entzugbehandlung im stationären Setting eine wohnortnahe ambulante

Weiterbehandlung durch ein multiprofessionelles Team sowie eine sechsmonatige Gruppenpsychotherapie angeboten werden. Zusätzlich wird in der Regel die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe angestrebt. Für eine belastbarere Aussage hinsichtlich der langfristigen Effektivität dieses (Gesamt-) Angebotes, sowie der unterschiedlichen Wirksamkeit der PIT und der ASP muss die Erhebung und Auswertung der 12-Monats-Katamnese abgewartet werden.

## 5 Zusammenfassung

**Einleitung:** Unter den psychotherapeutischen Verfahren zur Rückfallprophylaxe der Alkoholabhängigkeit ist die Kognitive Verhaltenstherapie wissenschaftlich hinlänglich untersucht. Die tiefenpsychologisch fundierten Verfahren sind im Bereich der Suchtforschung weniger evaluiert, obwohl sie in der klinischen Routineversorgung verbreitet sind. In den wenigen Vergleichsstudien wurden keine wesentlichen Unterschiede zwischen verschiedenen Verfahren festgestellt. **Methoden:** In einer quasi-randomisierten Studie wurde die ambulante klinische Routineversorgung alkoholabhängiger Patienten einer psychiatrischen Klinik in Deutschland hinsichtlich ihrer Wirksamkeit evaluiert. Es werden nachweislich wirksame medikamentöse Behandlungsstrategien mit entweder verhaltenstherapeutisch orientierter Alkoholismusspezifischer Psychotherapie (ASP) oder aber psychoanalytisch-interaktioneller Therapie (PIT) verknüpft. Im Anschluss an eine qualifizierte Entzugsbehandlung nahmen 215 alkoholabhängige Patienten einmal wöchentlich über sechs Monate an einer der beiden geschlossenen Gruppentherapien teil. **Ergebnisse:** Die Haltequote der ASP lag bei 66,7% gegenüber 81,8% in der PIT ( $p=.008$ ). In einer *intention-to-treat* Analyse der Rückfälle ergab sich zwischen PIT und ASP ein signifikanter Unterschied (PIT: 33,6%; ASP: 49,5%;  $p=.018$ ). Die zusätzliche Medikation mit Disulfiram, Naltrexon oder Acamprosat zeigte in binär logistischen Regressionsanalysen keinen signifikanten Einfluss. **Diskussion:** Die Ergebnisse unserer Studie sprechen in Hinblick auf die Haltekraft für einen deutlichen Vorteil der PIT. Aufgrund der methodischen Einschränkungen ist trotz entsprechender Tendenz nicht von einer generellen Überlegenheit der PIT auszugehen, die Ergebnisse festigen jedoch ihre Berechtigung in der ambulanten Nachsorge alkoholabhängiger Patienten.



## 6 Literaturverzeichnis

1. Adams, M., Effertz, T. (2011) : Die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkohol- und Nikotinkonsums. In: Singer, M.V., Batra, A., Mann, K. (Hrsg.): Alkohol, Tabak und Folgeerkrankungen; S. 57-61. Stuttgart: Thieme
2. American Psychiatric Association (2013): Substance-related and addictive disorders. Fact Sheet. <http://www.dsm5.org/Documents/Substance%20Use%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf> Download 21.07.2013
3. Andréasson, S., Öjehagen, A. (2003): Psychosocial treatment for alcohol dependence. In: Berglund, M., Thelander, S. & Jonsson, E. (Eds.): Treating alcohol and drug abuse. An evidence based review; S. 43-188. Weinheim: Wiley-VCH
4. Anton, R.F., O'Malley, S.S., Ciraulo, D.A., Cisler, R.A., Couper, D., Donovan, D.M., Gastfriend, D.R., Hosking, J.D., Johnson, B.A., LoCastro, J.S., Longabaugh, R., Mason, B.J., Mattson, M.E., Miller, W.R., Pettinati, H.M., Randall, C.L., Swift, R., Weiss, R.D., Williams, L.D., Zweben, A. for the COMBINE Study Research Group (2006): Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence. The COMBINE study: A randomized controlled trial. JAMA 295, 2003-2017.
5. Barbor, T.F. (2000): Project MATCH: Der Versuch, den »richtigen« Patienten in die »richtige« Therapie zu bringen. Sucht 46 (3), 191-192.
6. Berner, M., Guenzler, C., Frick, K., Kriston, L., Loessel, B., Brueck, R., Gann, H., Batra, A., Mann, K. (2008): Finding the ideal place for a psychotherapeutic intervention in a stepped care approach – a brief overview of the literature and preliminary results from the Project PREDICT. Int. J. Methods Psychiatr. Res., 17(S1), 60-64.

7. Bilitza, K.W. (Hrsg.) (2009): Psychodynamik der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Theorie. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
8. Bottlender, M., Köhler, J., Soyka, M. (2006): Effektivität psychosozialer Behandlungsmethoden zur medizinischen Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten. Fortschr. Neurol. Psychiatr. 74, 19-31.
9. Bottlender, M., Soyka, M. (2005): Efficacy of an intensive outpatient rehabilitation program in alcoholism: predictors of outcome 6 months after treatment. Eur. Addict. Res. 11, 132-137.
10. Brueck, R., Mann, K. (2006). Alkoholismusspezifische Psychotherapie. Manual mit Behandlungsmodulen und CD-ROM mit Arbeitsblättern und Therapeuten-Checklisten. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
11. Burtscheidt, W., Wölwer, W., Schwarz, R., Strauss, W., Löll, A., Luthcke, H., Redner, C., Gaebel, W. (2001): Out-patient behaviour therapy in alcoholism: relapse rates after 6 months. Acta Psychiatr. Scand. 103, 24-29.
12. Caetano, R. (2000): Epidemiologie von Trinkmustern, Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol und anderen alkoholbezogenen Störungen. Sucht 46 (3), 181-182.
13. Chick, J., Gough, K., Falkowski, W., Kershaw, P., Hore, B., Mehta, B., Ritson, B., Ropner, R., Torley, D. (1992): Disulfiram treatment of alcoholism. Br. J. Psychiatry 161, 84-89.
14. Davoli M. (2008): Improving research to evaluate the effects of psychological treatments for addiction. Addiction, 103(6), 888-889 .

15. Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.) (2001): Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. Sucht 47 (8), Sonderheft 2, 3-94.
16. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2001): Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei Akutbehandlung und med. Rehabilitation vom 04.05.2001. Anlage 3: Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation (Entwöhnung) bei Abhängigkeitserkrankungen [http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Arbeitsfeld\\_Suchthilfe/Vereinbarung\\_Abhaengigkeitserkrankungen\\_Anlage3.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Suchthilfe/Vereinbarung_Abhaengigkeitserkrankungen_Anlage3.pdf). Download: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 25.05.2012
17. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2013): Jahrbuch Sucht 2013. Alkohol in Deutschland: Unterschätzt, verharmlost und ... außergewöhnlich schädlich! Pressemitteilung vom 03.04.2013 [http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/news/2013-04-02\\_PM\\_Alkohol.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/news/2013-04-02_PM_Alkohol.pdf) Download: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 21.07.2013
18. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2011b): Beendigung der Produktion und des Vertriebs des Medikamentes Antabus® durch die Firma Nycomed. Verschreibung von Disulfiram-Präparaten aus anderen europäischen Staaten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS. [http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/dhs\\_stellungnahmen/Antabus\\_-\\_St](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/Antabus_-_St)

ellungnahme\_des\_Wissenschaftlichen\_Kuratoriums\_der\_DHS.pdf      Down-  
load: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 17.12.12

19. Die Drogenbeauftragte der Bundesrepublik (Hrsg.) (2011): Drogen-und Suchtbericht. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
20. Diehl, A., Ulmer, L., Mutschler, J., Herre, H., Krumm, B., Croissant, B., Mann, K., Kiefer, F. (2010): Why is Disulfiram superior to Acamprosate in the routine clinical setting? A retrospective long-term study in 353 alcohol-dependent patients. *Alcohol Alcohol.* 45(3), 271-277.
21. Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H., Schulte-Markwort, E. (Hrsg.). (1994). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Forschungskriterien. Bern: Huber.
22. Driessen, M., Hill, A. (1998): Persönlichkeitsstörung und Alkoholismus. *Persönlichkeitsstörungen*, 3, 112-118.
23. Ehrenreich, H., Mangholz, A., Schmitt, M., Lieder, P., Völkel, W., Rüther, E., Poser, W. (1997): OLITA: An alternative in the treatment of therapy-resistant chronic alcoholics. First evaluation of a new approach. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 247, 51-54.
24. Ehrenreich, H., Krampe, H., Wagner, T., Jahn, H., Jacobs, S., Maul, O., Sieg, S., Driessen, M., Schneider, U., Kunze, H., Rusteberg, W., Havemann-Reinecke, U., Rüther, E., Poser, W. (2000): Outpatient long-term intensive therapy for alcoholics, „OLITA“: re-considering severe alcoholism, diseases and treatment. *Suchtmed*, 2, 221-222.

25. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.G., & Buchner, A. (2007): G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*, 39, 175-191.
26. Feuerlein, W. (2005): Individuelle, soziale und epidemiologische Aspekte des Alkoholismus. In: Schneider, A., Singer, M.V., Teyssen, S. (Hrsg.): *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten: Grundlagen – Diagnostik – Therapie*, 2. Auflage; S. 42-54. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag
27. Foulkes, S. H. (1964). *Therapeutic group analysis*. London: Allen & Urwin
28. Frick, K.M., Loessel, B., Brück, R.K., Kriston, L., Jähne, A., Riemann, D., Gann, H., Btra, A., Wodarz, N., Mann, K.F., Berner, M.M. (2011): What works for patients in outpatient treatment for alcohol addiction? An explorative study into clients' evaluation of subjective factors and therapy satisfaction. *Subst Abuse*, 5, 27–34.
29. Geyer, D., Batra, A., Beutel, M., Funke, W., Görlich, P., Günthner, A., Hutschenreuter, U., Küfner, H., Mann, K., Möllmann, C., Müller-Fahrnow, W., Müller-Mohnnsen, M., Soyka, M., Spyra, K., Stetter, F., Veltrup, C., Wiesbeck, G.A., Schmidt, L.G. (2006): AWMF Leitlinie: Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. *Sucht* 52(1), 8-34, [http://www.dg-sucht.de/cms/images/stories/awmf\\_postakutbehandlung\\_Alkohol.pdf](http://www.dg-sucht.de/cms/images/stories/awmf_postakutbehandlung_Alkohol.pdf) Download 28.05.2012
30. Glöckner-Rist, A., Lémenager, T., Mann, K. & PREDICT Research Team (2013): Reward and relief craving tendencies in patients with alcohol use disorders: Results from the PREDICT study. *Addict. Behav.*, 38, 1532–1540.

31. Grawe, K. (2005a): (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal* 1/2005, 4-11, [http://www.psychotherapeutenjournal.de/ptk/web.nsf/gfx/B97907A81656381A412579F70033816F/\\$file/ptj\\_2005-1.pdf](http://www.psychotherapeutenjournal.de/ptk/web.nsf/gfx/B97907A81656381A412579F70033816F/$file/ptj_2005-1.pdf) Download 13.01.2013
32. Grawe, K. (2005b): Allgemeine Psychotherapie. In: Petermann, F. & Reinecker, H. (Hrsg.): *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*. S. 294-310. Göttingen: Hogrefe
33. Haase, J. (2010): Allgemeine Wirkfaktoren nach Grawe in der Alkoholismusspezifischen Psychotherapie im Vergleich zur Interpersonellen Psychotherapie. Unveröffentlichte medizinische Dissertation. Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Brsg., [http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/7447/pdf/Diss\\_J.\\_Haase\\_ASP\\_online\\_2010.pdf](http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/7447/pdf/Diss_J._Haase_ASP_online_2010.pdf) Download 05.01.2013
34. Heigl-Evers, A., Ott, J. (Hrsg.) (2002): *Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Theorie und Praxis*. 4. Aufl., Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
35. Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., Marlatt, A. (2011): Relapse prevention for addictive behaviors. *Subst. Abuse Treat. Prev. Policy*, 6:17 <http://www.substanceabusepolicy.com/content/6/1/17> Download: 02.06.2013
36. Imel, Z.E, Wampold, B.E., Miller, S.D., Fleming, R.R. (2008): Distinctions without a difference: Direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Psychol. Addict. Behav.* 22, 533-543.

- 
37. Jacobi F, Wittchen HU, Hölting C, Höfler, M., Pfister, H., Müller, N., Lieb, R. (2004): Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol. Med.* 34, 597-611.
  38. John, U., Hanke, M. (2002): Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country – Germany, *Alcohol Alcohol.* 37, 581-585.
  39. Kadden, R.M., Litt, M.D., Cooney, N.L., Kabela, E., Getter, H. (2001): Prospective matching of alcoholic clients to cognitive-behavioral or interactional group therapy. *J. Stud. Alcohol* 62, 359-369.
  40. Kim, J.W., Choi, Y.S., Shin, K.C., Kim, O.H., Lee, D.Y., Jung, M.H., Lee, B.C., Kang, T.C., Choi, I.G. (2012): The effectiveness of continuing group psychotherapy for outpatients with alcohol dependence: 77-month outcomes. *Alcohol Clin. Exp. Res.* 36(4), 686-692.
  41. Körkel, J., Lauer, G., Scheller, R. (Hrsg.) (1995): Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung. Stuttgart: Enke
  42. Krampe, H., Stawicki, S., Hoehe, M.R., Ehrenreich, H. (2007): Outpatient Long-term Intensive Therapy for Alcoholics (OLITA): A successful biopsychosocial approach to the treatment of alcoholism. *Dialogues Clin Neurosci.* 9, 399-412.
  43. Kunzke, D., Strauß, B., Burtscheidt, W. (2002): Zur Wirksamkeit der psychoanalytisch orientierten Gruppenpsychotherapie des Alkoholismus – eine Literaturübersicht. *Gruppenpsychothr. Gruppendynamik* 38, 53-70.

- 
44. Kurz, M. (2006): Gemeindenahe psychiatrische Versorgung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen – eine Vision. *Wien. Med. Wochenschr.* 156 (03-04), 94-101.
  45. Lindenmeyer, J. (1999): Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie – Manuale für die Praxis. Bd. 6. Göttingen: Hogrefe
  46. Loeber, S., Kiefer, F. (2008): Psychotherapeutische Behandlungsstrategien bei Alkoholabhängigkeit. *Psychiatr. Psychother. Up2date*, 2, 161-172.
  47. Loeber, S., Kiefer, F., Wagner, F., Mann, K., Croissant, B. (2009): Behandlungserfolg nach qualifiziertem Alkoholentzug. Vergleichsstudie zum Einfluss motivationaler Interventionen. *Nervenarzt*, 9, 1085-1092.
  48. Loeber, S., Mann, K. (2006): Entwicklung einer evidenzbasierten Psychotherapie bei Alkoholismus – Eine Übersicht. *Nervenarzt*, 5, 558-566.
  49. Lubenow, B., Köhler, J. (2002): Rückfallbehandlung: Vom Dogma zur Beliebigkeit? *Sucht*, 48(6), 439-443.
  50. Magill, M., Ray, L.A. (2009): Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis. *J. Stud. Alcohol Drugs* 70, 516-527.
  51. Malat, J., Leszcz, M., Negrete, J.C., Turner, N., Collins, J., Liu, E., Toneatto, T. (2008): Interpersonal group psychotherapy for comorbid alcohol dependence and non-psychotic psychiatric disorders. *Am. J. Addict.* 17, 402-407.
  52. Mann, K., Stetter, F. (2002): Die qualifizierte Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen: Entwicklung und Evaluation. In: Mann, K. (Hrsg.). *Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen*. S. 52-72. Lengerich: Pabst



- 
53. Mann K. (2004) Pharmacotherapy of alcohol dependence: a review of the clinical data. *CNS Drugs*, 18(8), 485-504.
54. Mann, K., Kiefer, F., Smolka, M., Gann, H., Wellek, S., Heinz, A. and the PREDICT Study research team (2009): Searching for responders to acamprosate and naltrexone in alcoholism treatment: rationale and design of the *Predict Study*. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 33, 674-683.
55. Mann, K., Lemenager, T., Hoffmann, S., Reinhard, I., Hermann, D., Batra, A., Berner, M., Wodarz, N., Heinz, A., Smolka, M. N., Zimmermann, U. S., Wellek, S., Kiefer, F., Anton, R. F. and The PREDICT Study Team (2012): Results of a double-blind, placebo-controlled pharmacotherapy trial in alcoholism conducted in Germany and comparison with the US COMBINE study. *Addiction Biology*. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/adb.12012/abstract> Download: 27.12.2012
56. Marques, A., Formigoni, M. (2001): Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug dependent patients. *Addiction* 96, 835-846.
57. Marschall, U., Ullrich, W., Sievers, C. (2009): Eine Sucht kommt selten allein – Sucht, Komorbidität und psychotherapeutische Behandlung. S. 252-276. In: Repschläger, U. (Hrsg.) *Gesundheitswesen aktuell 2009 – Beiträge und Analysen*. Wuppertal: Barmer Ersatzkasse. [http://www.barmergek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Komponenten/gemeinsame\\_\\_PDF\\_\\_Dokumente/Publikationen/12-\\_20Sievers,property=Data.pdf](http://www.barmergek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Komponenten/gemeinsame__PDF__Dokumente/Publikationen/12-_20Sievers,property=Data.pdf) Download 13.05.2012

- 
58. Miller, W. R. (Ed.) (2004). Combined Behavioral Intervention Manual: A clinical research guide for therapists treating people with alcohol abuse and dependence. COMBINE Monograph Series, Vol.1. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
59. Mundle, G., Brügel, R. Urbaniak, H., Längle, G., Buchkremer, G., Mann, K. (2001): Kurz- und mittelfristige Erfolgsraten ambulanter Entwöhnungsbehandlung für alkoholabhängige Patienten. Eine 6-, 18- und 36-Monats-Katamnese. Fortschr. Neurol. Psychiat. 69, 374-378.
60. Mutschler, J., Kiefer, F. (2011): Differenzielle pharmokologische Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit. J. Neurol. Neurochir. Psychiatr. 12(1), 83-88.
61. Nitzgen, D. (2012): Gruppentherapie bei Abhängigkeitserkrankten. In: Strauß, B., Mattke, D. (Hrsg.): Gruppenpsychotherapie. S. 285-295. Berlin, Heideberg: Springer-Verlag
62. Orford J. (2008): Asking the right questions in the right way: the need for a shift in research on psychological treatments for addiction. Addiction 103 ,875–885.
63. Pabst, A., Kraus, L. (2008): Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. Sucht 54, (Sonderheft 1), 36-46.
64. Pabst, A., Piontek, D., Kraus, L., Müller, S. (2010): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen – Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009, Sucht, 56(5), 327-336.

- 
65. Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1982): Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother Theor Res Pract*, 19(3), 276-288.
  66. Project Match Research Group. (1997): Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH Posttreatment drinking outcomes. *J. Stud. Alcohol*, 58(1), 7-29.
  67. Project Match Research Group (1998a): Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: treatment main effects and matching effects on drinking during treatment. *J. Stud. Alcohol*, 59(6), 631-639.
  68. Project Match Research Group (1998b): Matching patients with alcohol disorders to treatments: Clinical implications from Project MATCH. *J. Ment. Health*, 7(6), 589-602.
  69. Reymann, G. (2002): Evidenzbasierte Psychotherapie Alkoholabhängiger: Der Beitrag psychodynamischer Therapieverfahren. *Sucht*, 48(3), 182-190.
  70. Rist, F. (2002): Evidenzbasierte Psychotherapie Alkoholabhängiger: Der Beitrag kognitiv-verhaltenstherapeutischer Verfahren. *Sucht*, 48(3), 171-181.
  71. Rumpf, H.J., Kiefer, F. (2011): DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssüchte. *Sucht*, 57(1), 45-48.
  72. Sandahl, C., Herlitz, K., Ahlin, G., Rönnerberg, S. (1998): Time-limited group psychotherapy for moderately alcohol dependent patients: a randomized controlled clinical trial. *Psychother. Res.* 8(4), 361-378.

- 
73. Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M. (1996): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. Deutsche Bearbeitung. Göttingen: Hogrefe
74. Schaumberg, K., Kuerbis, A., Morgenstern, J., Muench, F. (2013): Attributions of change and self-efficacy in a randomized controlled trial of medication and psychotherapy for problem drinking. *Behav. Ther.* 44 (1), 88-99.
75. Schmidt, P., Köhler, J., Soyka, M. (2008): Evidenzbasierte Therapieverfahren in der stationären Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten. Repräsentativerhebung an deutschen Suchtfachkliniken. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 76, 86-91.
76. Steppan, M., Künzel, J., Pfeiffer-Gerschel, T. (2012): Suchtkrankenhilfe in Deutschland 2011. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). <http://www.suchthilfestatistik.de/cms/images/dshs%20jahresbericht%202011.pdf>  
Download 21.07.2013
77. Soyka, M., Kirchmayer, C., Kotter, G., John, C., Löhnert, E., Möller, H.J. (1997): Neue Möglichkeiten der Therapie und Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten – Katamnestische Untersuchung zur Effizienz ambulanter Entwöhnungstherapien am Beispiel einer Modelleinrichtung. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 65, 407-412.
78. Soyka, M., Schimidt, P. (2009): Outpatient alcoholism treatment – 24-month outcome and predictors of outcome. *Subst. Abuse Treat. Prev. Policy*, 4, 15, serial online: <http://www.substanceabusepolicy.com/content/4/1/15#> Download: 12.04.2012

- 
79. Statistisches Bundesamt (2012): Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2000-2010. F10.0 – Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol – Akute Intoxikation (akuter Rausch). Wiesbaden.
80. UKATT Research Team (2005): Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ* 331, 541. <http://www.bmj.com/content/331/7516/541> Download: BMJ 21.05.2012
81. UKATT Research Team (2008): UK Alcohol Treatment Trial: client-treatment matching effects. *Addiction* 103, 228-238.
82. Weiss, R.D., Jaffee, W.B., de Menil, V.P., Cogley, C.B. (2004): Group therapy for substance use disorders: what do we know? *Harv. Rev. Psychiatry*, 12(6), 339-350.
83. Wiesbeck, G. (2009): Aktuelle Therapieverfahren zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 2, 6-9.
84. Wölwer, W., Frommann, N., Jänner, M., Franke, P.E., Scherbaum, N., Lieb, B., Falkai, P., Wobrock, T., Kuhlmann, T., Radermacher, M., Maier, W., Schütz, C., Ohmann, C., Burtscheidt, W., Gaebel, W. (2011): The effects of combined acamprosate and integrative behaviour therapy in the outpatient treatment of alcohol dependence: A randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend.* 118(2-3), 417-422.

## Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bedanken für die Unterstützung bei der Entwicklung und Fertigstellung dieser Arbeit.

Mein herzlicher Dank gilt Prof. Dr. med. Norbert Scherbaum für die Übernahme der Betreuung dieser Arbeit und für seine fachliche Rückmeldung. Ich möchte mich bedanken bei Dr. Peter W. Nyhuis, Chefarzt des St. Marien-Hospitals Eickel, für das Zurverfügungstellen der Patientendaten und die Möglichkeit der Erstellung dieser Arbeit.

Mein besonderer Dank gilt Frau Dr. med. Eva Niederhofer, die als Oberärztin der Suchtambulanz des St. Marien-Hospitals Eickel wesentlich zur Entwicklung des hier untersuchten Therapiekonzepts beigetragen hat. Vielen Dank für die Unterstützung bei der Themenfindung und für konstruktive Rückmeldungen und motivierende Worte während des gesamten Erstellungsprozesses.

Auch meinen beiden Co-Doktoranden Dipl.-Psych. Nikolai Dembski und cand. med. Anna Niederhofer gilt mein herzlicher Dank für die gute gemeinsame Arbeit, den fachlichen und auch persönlichen Austausch.

Für die Unterstützung bei statistischen Fragen möchte ich mich an dieser Stelle bedanken bei Dipl.-Psych. Dr. Michael Specka.

Außerdem möchte ich mich bei Dennis Föll für die geduldige Durchsicht meiner Arbeit und lektorische Änderungsvorschläge bedanken.

## **Lebenslauf**

Der Lebenslauf ist in der Online-Version aus Gründen des Datenschutzes nicht enthalten.

Der Lebenslauf ist in der Online-Version aus Gründen des Datenschutzes nicht enthalten.